

XI CONGRESO INTERNACIONAL FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL

DEPRESIÓN Y MUNDO

COMUNICACIONES

29 de febrero y 1 de marzo de 2024

Aporia 

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

 **Sant Pere Claver**®
INSTITUT DOCENT-RECERCA

Editan:

Aporia 

https://www.ub.edu/grc_aporia/

 **Sant Pere Claver**[®]
INSTITUT DOCENT-RECERCA

www.spcdocent.org

Edición a cargo de Begoña Román, Josep Maria Esquirol e Iria Rodríguez

Fecha de edición: Octubre 2024

ISBN: 978-84-09-65909-8



No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



ÍNDICE

PRÓLOGO

Begoña Román	3
--------------	---

COMUNICACIONES

Adolescencia y depresión: una aproximación a su comprensión

Laia Ferrer	6
-------------	---

Depresión y psicoterapia grupal: acompañando la tenue llama del deseo

Pablo Feito	16
-------------	----

Las mil caras de la depresión juvenil en la psiquiatría domiciliaria

Valentina Bruno y Marta Montaner (ECID)	24
---	----

A vueltas con una terapéutica heideggeriana: cuando ya no hay asideros

Fernando Gilabert	39
-------------------	----

La depresión desde una mirada fenomenológico-estructural

Isabel González, Patricia Álvaro, José M. López-Santín	51
--	----

AUTORES

67



PRÓLOGO

Presentamos un año más una selección de las comunicaciones que se presentaron en el XI Congreso internacional de Filosofía y Salud mental. Organizado por el grupo de investigación Aporía y el Instituto de docencia Sant Pere Claver, tuvo lugar en Barcelona el 29 de febrero y 1 de marzo de 2024. En esta ocasión nos dedicamos al tema sobre depresión y mundo. Se trataba de conjugar diversas perspectivas sobre el tema de la depresión (la clínica, la filosófica, la personal...) desde el convencimiento de que una comprensión más rica y amplia de esta coadyuvará a una mejor forma de tratarla y de asistir a las personas.

De las cinco comunicaciones, las tres primeras se centran en la población adolescente. Laia Ferrer describe la peculiaridad de esa etapa más expuesta a duelos y a los sentimientos de pérdida y tristeza. Pablo Feito se centra en la dimensión de la psicoterapia grupal, focalizándose en cómo la depresión detiene la capacidad deseante de quien la sufre y cómo el grupo puede hacerla germinar.

Valentina Bruno y Marta Montaner abordan las mil caras de la depresión juvenil desde la psiquiatría domiciliaria. Ese abordaje permite atender también las dinámicas familiares y los entornos de vida que tanto influyen en los adolescentes. Desde el modelo *Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment* (AMBIT) procuran crear vínculos de confianza con los jóvenes y sus familias ampliando la mirada al entorno desde una dimensión política, no solo terapéutica.

Las dos últimas comunicaciones se centran en los abordajes de la depresión desde la fenomenología. Fernando Gilabert nos explica cómo la fenomenología hermenéutica desplegada por Heidegger puede aportar mucho a las ciencias de la psique desde el existencial del mundo y desde la mundanidad de la existencia (*Dasein*); precisamente



porque en la situación depresiva el mundo se vuelve falto de fundamento y se revela la nada que "sostiene" al mundo.

Isabel González Gil, Patricia Álvaro Serón, José M. López-Santín también denuncian que los síntomas psiquiátricos no se adecúan bien al modelo médico del síntoma por las particularidades de su “objeto”. Proponer analizar la depresión desde una mirada fenomenológico-estructural. Para ello presentan algunas aproximaciones a la depresión melancólica desde una perspectiva fenomenológico-estructural y una tipología de la depresión desde la propuesta de Stanghellini.

Esperemos que los lectores puedan apreciar la riqueza que aporta la interdisciplinariedad cuando nos las vemos con algo tan delicado como la psique humana y, en concreto, la relación de la depresión y el mundo. Esperemos que les permita vislumbrar pistas para mejor atender y acompañar a las personas que padecen depresión. Os emplazamos al público interesado en la intersección entre Filosofía y Salud mental a nuestro próximo congreso en Barcelona el 19 y 20 de febrero de 2026.

Begoña Román Maestre¹

¹ Coordinadora de Aporia. Grupo de investigación en Filosofía contemporánea, Ética y Política



COMUNICACIONES



Adolescencia y depresión: una aproximación a su comprensión

Laia Ferrer

Resumen

La depresión es muy habitual en la adolescencia. Todos los adolescentes deben enfrentar importantes cambios en muchos ámbitos y todo cambio exige realizar un trabajo de duelo. Los duelos conectan con sentimientos de pérdida y tristeza.

Los cambios que deben elaborar son múltiples: en el cuerpo, la gestión de las emociones, el deseo sexual y también el acceso al mundo. Se trata de un mundo adulto exigente, que continuamente le hace sentir inadecuado y equivocado. Los profesionales de la salud mental tenemos la oportunidad de acompañar a los adolescentes para atravesar este proceso con menos sufrimiento.

Palabras clave: depresión, duelo, adolescencia, cambio, relación terapéutica

1. Introducción

Los profesionales de salud mental que atendemos a adolescentes sabemos que en esta etapa la depresión es muy habitual. El estado de ánimo deprimido está en el centro de muchas demandas de atención especializada. En Catalunya el trastorno depresivo se encuentra entre los diagnósticos que más crecimiento han experimentado en las consultas de salud mental pública desde el 2020 (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2023). También se muestra muy prevalente en las investigaciones sobre salud mental y adolescencia, llegando a identificarse que hasta un 34% de los adolescentes referían síntomas depresivos de elevada intensidad en algunos estudios a nivel mundial (Shorey, Ng, y Wong, 2022), y especialmente tras la pandemia por covid-19 (Ludwig-Walz, Dannheim, Pfadenhauer, Fegert, y Bujard, 2022).



Así pues, podríamos comprender el estado de ánimo deprimido como una forma habitual de mostrar el malestar en esta etapa vital. Incluso podríamos afirmar que la depresión es un elemento emocional común para gran parte de los jóvenes, y que la mayoría de ellos en algún momento de esta etapa expresarán sentirse tristes, irritables, verbalizarán sentimientos de carencia de disfrute o sensación de impotencia.

Si pensamos a qué puede responder dicha gran frecuencia de síntomas depresivos en esta etapa vital, coincidiremos en que todos los adolescentes, sin excepción, deben enfrentar importantes cambios en muchos ámbitos. Y seguramente también estaremos de acuerdo en que todo cambio, por pequeño que sea, exige realizar un trabajo de duelo. Es bien sabido que incluso los cambios positivos, como una promoción en el trabajo o la paternidad exigen una adaptación y el manejo de los sentimientos de vértigo que desencadenan. Asimismo, los adolescentes se enfrentan a estas vivencias positivas: ser seleccionado para jugar en una categoría superior en el deporte favorito o empezar unos estudios superiores puede experimentarse como una oportunidad de crecimiento, pero también como un estrés que requiere acomodación y esfuerzo.

Freud, en “Duelo y Melancolía” (1917), habla de la necesidad de retirar nuestro interés y nuestro foco de aquello perdido y poderlo trasladar a nuevos objetos de atención para poder elaborar aquello que desaparece o se transforma. Freud describía así el trabajo de duelo: “el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo”. Los duelos evocan sentimientos depresivos, como ya apuntaba Freud, pero necesarios para elaborar el proceso de cambio y seguir: “tampoco deja de ser singular que el doloroso displacer que trae consigo nos parezca natural y lógico. Al final de la labor del duelo vuelve a quedar el yo libre y exento de toda inhibición”.

Los adolescentes deben encajar muchos elementos nuevos en su vida, algunos positivos como decíamos más arriba, pero mucho son experimentados como muy desafiantes, incluso negativos.



2. Cambios en la adolescencia

Los cambios que deben enfrentar los adolescentes son múltiples, como habitar un cuerpo nuevo, gestionar sus propias emociones sin el acompañamiento de la infancia, entender y disfrutar su deseo sexual, y acceder al mundo desde la autonomía, entre muchos otros.

Aberasturi y Knobel ya señalaban en 1988 que los adolescentes deben realizar un trabajo de duelo principalmente en 3 ámbitos: respecto el cuerpo de la infancia, el rol de la infancia y los padres de la infancia. Por un lado, tienen que ajustarse a un cuerpo que se modifica en tamaño y atributos, que entra en una dimensión sexual, y con el que a veces se puede sentir incómodo o confuso. Por otro lado, debe salir de la dependencia de la infancia, pues del adolescente se espera que tome iniciativas y responsabilidades, ya no es alguien que deba ser acompañado, guiado o sostenido con la misma intensidad. Y, por último, tendrá que ubicar la relación con sus padres en otro plano, pues estos dejan de vivirse como personas infalibles y omnipotentes. Se convierten en seres fallidos, y en muchas ocasiones serán depositarios de las frustraciones y decepciones del adolescente.

De este modo, cuando el joven transita por el mundo adolescente, muy diferente al del niño, y se abre paso hacia el mundo de los adultos, necesita cumplir con varios retos: desarrollar con éxito su proceso académico, avanzar hacia una capacitación para entrar en el mundo laboral, relacionarse con iguales, consumir (productos, tecnología, nuevos intereses) y participar activamente a nivel social, entre otros.

Se trata de un mundo exigente, que continuamente le ofrece oportunidades para sentirse inadecuado y equivocado, y que lo trata con ambivalencia. La sociedad empuja al joven a consumir, pero marca cómo debe hacerlo. Un ejemplo de esta exigencia social sería el uso de tecnología: por un lado, se han promovido desde hace años el acceso a medios de comunicación entre los jóvenes, incluso en los centros educativos, y socialmente se les ha invitado a su uso (como los adultos). Pero al mismo tiempo se les señala como usuarios tóxicos de los dispositivos, sin demasiado reconocimiento de que todos estamos atravesados por ese uso contradictorio.

La sociedad actual también le empuja al interés por saber y por experimentar, pero pone normas sobre qué se puede investigar, y de qué maneras es socialmente aceptable



que lo haga. Un momento álgido de esta situación ambivalente también fue la pandemia por covid-19: se pidió a los jóvenes que no salieran al espacio público, que se contuvieran, que aguantaran sus ganas de explorar (que, por otro lado, es un impulso muy natural en la juventud), pero paralelamente se les exigió que siguieran activos académicamente y participativos, como si el contexto no fuera tan extraño y adverso. Muchos jóvenes vivieron con mucha dificultad la obligación de usar métodos telemáticos para seguir estudiando y tener que mantener el rendimiento, pero sin ninguna oportunidad de poder conectar con sus iguales cara a cara.

3. El mundo adolescente

Psicoanalistas que atendieron adolescentes y que teorizaron sobre esta etapa vital, como Doltó (2004) y Lauru (2005) nos hablan del mundo adolescente y destacan la importancia de algunos elementos:

- El espacio que ocupa la fantasía: los adolescentes necesitan un tiempo de espera para la realización de sus deseos, necesitan pensar en ellos, darle vueltas en su cabeza para definir lo que quieren. En muchas ocasiones hasta que no llegan a poder dar forma a sus intereses tienen periodos de duda, de confusión, de movimientos progresivos y regresivos, de intentos fallidos y pequeños éxitos. Muchas veces los adultos pretendemos que los jóvenes tengan las cosas claras, que se muevan y que tengan iniciativa. Les empujamos a esforzarse y enfrentarse a las dificultades, les pedimos eficacia y rapidez, pero muchas veces penalizamos su error, o la duda. En este contexto es muy sencillo que se produzcan desencuentros en este interjuego de expectativas.
- Los adolescentes necesitan nuevos referentes identificadorios: requieren de personas donde reflejarse y buscar coordenadas para moldear su funcionamiento, forma de relacionarse o estética. Por eso se interesan de forma tan intensa por ídolos musicales o *influencers* de las redes sociales: tienen aptitudes y capacidades que ellos quisieran tener y se atreven a hacer cosas que ellos desean. También buscan modelos en los adultos que les rodean diferentes a los padres, por la necesidad de independizarse emocionalmente de ellos. Serán un familiar fuera de su núcleo, una profesora que sintonice con la energía juvenil, y en ocasiones lo



será el profesional de la salud mental que le atiende. Muchas veces se critica a los referentes de los adolescentes (porque ya no pertenecen al mundo de los adultos), y por eso minimizamos su calidad o trascendencia. Desvalorizamos sus elecciones, sin preguntarnos por qué les gustan. Y aún más, les tratamos de imponer referentes que los adultos valoramos pero que casi nunca conectan con sus intereses genuinos. No somos pocos los adultos que aborrecemos el reguetón, por ejemplo, y declaramos no entender cómo les puede gustar tanto a la mayoría de jóvenes; pero no muchos hacemos el esfuerzo de preguntar qué es lo que les gusta a ellos.

- La importancia de la idealización. Relacionado con este último punto, es importante tener en cuenta que los jóvenes necesitan admirar, vincularse de manera muy apreciativa con otros. Buscando la seguridad que no sienten, se refugian en miradas muy absolutas respecto a las personas y experiencias con las que conectan. De la misma manera que más arriba señalábamos que los padres se desidealizan, caen del pedestal, y pierden la fe ciega que hasta el momento el niño había depositado en ellos, los adolescentes hacen el movimiento opuesto. Con la misma energía que rechazan los padres, idealizan amigos, parejas afectivas y otras relaciones.
- La creatividad vibrante. Des de mi experiencia, añadiría a los tres puntos previos que los adolescentes resuelven estas dificultades des de la implicación en lo nuevo. Es una etapa en que los jóvenes inventan nuevos formatos de relación, de diversión, nuevas formas de expresión cultural (música, estética). Sin la involucración de los jóvenes no disfrutaríamos de nuevos movimientos musicales, literarios o sociales que acabamos disfrutando colectivamente. Sin el levantamiento de los adolescentes no se hubiera producido una apuesta tan contundente por la ecología, por ejemplo; y esta es una transformación que estamos asumiendo el resto de los adultos.

4. La entrada al mundo adulto

El mundo adulto tiene un difícil acceso. Y ante él, los adolescentes, y especialmente los que atendemos en las consultas de salud mental, fácilmente pueden sentirse



inadecuados, abrumados, incapaces e impotentes. Trabajando en equipos de salud mental dirigidos a la atención del adolescente es frecuente que nos expresen la dificultad de encontrar el acceso a la adultez. Estos jóvenes tienen que afrontar la gestión de emociones nuevas y complejas, muchos de ellos en contextos sociales y familiares adversos, y en una etapa que tienen que activarse recursos de autonomía: la consecución de títulos académicos así como las primeras experiencias laborales. Para ellos es difícil saber cómo acceder a los recursos educativos o acceder al trabajo. No siempre tienen el entorno familiar que acompañe en este proceso, y a veces necesitan que los servicios asistenciales hagan esta tarea de apuntalamiento de los proyectos.

Toda esta situación de reto, sensación de inadecuación y carencia de recursos predispone a la depresión. Cuando atendemos a jóvenes no es extraño escucharles quejarse amargamente por la sensación de que la sociedad no les deja salir adelante, pues sienten que nunca son seleccionados para los trabajos que aplican, les cuesta mucho esfuerzo tramitar las ayudas sociales y los estudios que tratan de realizar tienen unas exigencias que a veces les resultan insalvables. Para muchos de los usuarios de servicios de salud mental esta es una realidad difícil de modificar. Y aunque estas dificultades no son, ni mucho menos, la única causa de su tristeza, irritabilidad, insomnio, sensación de impotencia y frustración, no son un escenario fácil para recuperarse de experiencias complejas emocionalmente.

5. Afrontamiento y angustia

El impacto de la gestión de estos cambios y retos para el adolescente abren una etapa de fuertes angustias. Desde la teoría psicoanalítica se pueden categorizar de claustrofóbicas (miedo a encallarse en la etapa infantil, no poder avanzar, no poder despegarse del entorno familiar y permanecer pequeño sin posibilidad de avanzar), así como agorafóbicas (temor a quedar demasiado expuesto a los retos que encaminan a la vida adulta, no tener recursos para afrontar las nuevas exigencias). Estas angustias marcan la forma en que se intentará hacerles frente, así como los síntomas que predominarán, que pueden ser predominantemente externalizantes o internalizantes (Achenbach, Ivanova, Rescorla, Turner, y Althoff, 2016).



Cuando el miedo predominante es a quedar bloqueado y estancado, predominan los síntomas externalizantes, que proyectan hacia afuera el malestar con rabia, o comportamiento desafiante. Estos síntomas promueven el movimiento, el empuje, el avance, aunque tengan un componente difícil en la relación o incluso en cierto modo agresivo. Cuando se teme lo nuevo, lo de afuera, aquello que aún no se domina, se muestran más síntomas internalizantes, y entonces el movimiento más habitual es que el sufrimiento se dirija hacia adentro, con tristeza, inhibición, culpa y ansiedad. Estas reacciones recogen al adolescente hacia el interior, le permiten darse un tiempo para organizarse internamente y decidir cómo afronta aquello que le cuesta. Los síntomas depresivos enlentecen la acción y permiten que el joven se reestructure, pero el riesgo es que quede suspendido en la inhibición, evitando afrontar y a veces perdiendo oportunidades de aprender y crecer personalmente.

6. La función de la asistencia en salud mental

Los adultos en general, y los profesionales de la salud mental especialmente, tenemos un papel primordial para ofrecer al joven un espacio de apoyo, escucha y pensamiento para prevenir e intervenir en la depresión de los adolescentes.

En este sentido, los profesionales que atendemos a jóvenes tenemos una enorme oportunidad para conectar con las particularidades del mundo adolescente, sin la carga que a veces tienen los adultos de la familia. Más allá de teorías o técnicas concretas, pienso que algunos posicionamientos son muy favorecedores de la evolución emocional de nuestros usuarios. Además, pueden tener lugar en espacios psicoterapéuticos, pero también en otros entornos (como los institutos o los recursos sociales):

- Explorar sus fantasías de manera conjunta y sin juicio. Podemos ayudar a pensar sobre los deseos e intereses sin que necesariamente los tengan que llevar a cabo. Esto da espacio a que el joven explore posibilidades acompañado por un adulto. Ya habrá tiempo de ver si los planteamientos son posibles o no, o si se ajustan a las capacidades reales del chico o chica. El punto de inicio que queremos fomentar es la capacidad de desear: sin ese primer paso, los siguientes no se darán.



- Establecer un vínculo desde el cuidado, la escucha y la curiosidad hacia su mundo para convertirnos en figuras de identificación. Tenemos la oportunidad de fomentar un estilo abierto y cuidadoso de relacionarnos, donde sentir el interés del adulto por sus circunstancias vitales (no solo por sus síntomas), así como capacitar al joven para integrar esta manera de vincularse. Los adolescentes que atraviesan un episodio depresivo se benefician de un clima de escucha cálido, y para muchos chicos y chicas que viven en entornos desfavorecidos las sesiones con profesionales constituyen una experiencia emocional correctiva (Alexander, 1964). El buen trato se interioriza, y cambia el estilo de vínculo del joven.

- Entender qué es lo que les resulta admirable (es decir, motor de vida y de deseo) en aquello que idealizan. Escuchar, sin minimizar, lo que los jóvenes admiran, fomenta su interés, motivación y vitalidad. Es un camino para salir de la desmotivación y anhedonia que viven la mayoría de adolescentes con depresión.

- Mostrar curiosidad por las nuevas formas de cultura adolescente. Tratar de saber sobre la música, intereses políticos, fórmulas de relación sexoafectiva, o redes sociales, abre canales de comprensión y crea cercanía con los jóvenes que atendemos. Si queremos entender, hay que preguntar con la mente tan abierta como sea posible y en un estilo lo más flexible que podamos tener. Además, estaremos modelando una forma de acercarse a la realidad del otro: si nosotros mostramos interés por sus gustos e inquietudes, es más probable que ellos quieran escuchar cuál es nuestra visión de estas, nuestra opinión. Y desde ese lugar de encuentro es más fácil trabajar.

7. Conclusiones

El afecto depresivo acompaña el desarrollo de la mayoría de adolescentes en algún momento de esta etapa vital, y corre en paralelo a la presión que les generan los cambios en esta edad. El mundo adolescente, distinto al del niño y abriéndose paso en la adultez, está lleno de dudas, inseguridades y confusión; pero también de energía y creatividad. Los profesionales de la salud mental les podemos acoger desde una actitud abierta y reconocedora, acompañándolos a pensar y realizar sus elecciones con seguridad y calma. El reto para los adultos es poder ser suficientemente flexibles para adaptarnos a los



jóvenes sin tratar de que siempre sean ellos los que se amolden a las exigencias sociales y relacionales que a menudo les inculcamos.

Bibliografía

Alexander, F. (2007). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment. *The psychoanalytic quarterly*, 76(4), 1065-1083. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2007.tb00293.x>

Aberasturi, A. y Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Paidós.

Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2023). Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017-2022 de la Central de Resultats. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya;

Doltó, F. (2004). La causa de los adolescentes. Paidós.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras Completas* vol. 15, 2091 – 2100. Editorial Biblioteca nueva.

Lauru, D. (2005). *La locura adolescente: psicoanálisis de una edad en Crisis*. Nueva Vision.

Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 109.

<https://doi.org/10.1186/s13034-022-00546-y>

Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-



analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12333>

Chen, F., Zheng, D., Liu, J., Gong, Y., Guan, Z., & Lou, D. (2020). Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 36. <https://doi.org/10.1016%2Fj.bbi.2020.05.061>



Depresión y psicoterapia grupal: acompañando la tenue llama del deseo

Pablo Feito

Resumen

En este texto se mostrará la fenomenología que se da en una psicoterapia grupal en la que se acompaña a personas que sufren del afecto. Partiendo del concepto de depresión (confuso e influenciado por diversas variables de la cultura actual), visto como la detención de la capacidad deseante de la persona, se describirá el escenario grupal aunando los factores terapéuticos y no terapéuticos, contemplando cómo los fenómenos del sufrimiento afectivo confluyen con el silencio grupal, el cual toma la forma de la tierra en barbecho esperando con respeto la germinación del deseo.

Palabras clave: depresión, grupo, deseo, terapéutico, silencio

1. Sobre el concepto de depresión

El punto de partida es el de considerar a la tristeza una experiencia universal que nos atraviesa como seres humanos, donde la línea que marca la diferencia entre la tristeza “normal” y la “patológica” está notablemente modulada por criterios subjetivos y sociales. En este sentido, atendiendo a los ritmos y formas de vida actuales en occidente, se torna difícil acompañar, escuchar y tolerar la tristeza, apareciendo con mayor facilidad una tendencia a la medicalización y psicologización de ésta, una patologización, dicho de otra manera. Focalizando en los comportamientos de época y observando la microcultura que aparece a la hora de pedir ayuda, contemplamos cómo el uso de los diagnósticos ha colonizado la forma de expresar cómo nos sentimos, cómo nos encontramos, el diagnóstico “mata” ese relato subjetivo, biográfico y esclarecedor de una mirada más compleja y rica de nuestra salud. En un mundo digitalizado, se allana el terreno para un



funcionamiento de las personas más cercano a lo imaginario (la imagen sujeta de forma precaria la identidad), convirtiéndose en tarea difícil o desconocida el poder acceder al terreno simbólico (el significado más profundo y menos tangible sujeta nuestra identidad). Lo mencionado anteriormente atraviesa, cómo no, a las instituciones sanitarias en forma de imperativos temporales y buscadores de certeza a la hora de abordar el sufrimiento psíquico, generando dinámicas falaces en pleno auge del eufemismo “salud mental”, dándose como nunca una importancia trascendental a este tema (en el terreno imaginario), si bien con las mismas carencias de tiempo y recursos humanos para acompañar estas problemáticas. La lógica empresarial en lo sanitario y el impulso a protocolizar la ayuda no encaja con la escucha atenta del malestar subjetivo, prevaleciendo el hecho de que la variable “tiempo” y la psicoterapia “no se llevan bien”.

Otra deriva de la modulación subjetiva y social del concepto de depresión son los límites difusos que existen entre el coloquio popular y el discurso biomédico imperante. Si nos acercamos a la narrativa mainstream aparece una conceptualización individualista de este tipo de sufrimiento, omitiendo todas las claves y determinantes sociales asociados. Los síntomas depresivos y el síndrome depresivo permutan en una figura-fondo difícil de distinguir, entrando en riesgo de banalizar un sufrimiento de moderado calado. En este texto se defiende, con ánimo de mostrar claridad, la ubicación de la depresión en el plano de la neurosis, como una forma sintomática de tristeza en la que falla la capacidad deseante de la persona (Martín, 2018). Además, los síntomas son vistos como formas de defenderse ante las pérdidas vitales (Martín, 2018), alejándonos del reduccionismo del síntoma como perturbación o alteración bioquímica del cerebro de la persona.

2. Psicoterapia grupal en hospital de día

Repasados brevemente algunos apuntes sobre la conceptualización y matices de la dimensión depresiva, a continuación se mostrará el escenario grupal en hospital de día, buscando con este formato asistencial fines terapéuticos con las personas que sufren del afecto. El grupo psicoterapéutico de hospital de día se realiza con una frecuencia semanal, reuniendo alrededor de 12 participantes adultos con predominio de sintomatología depresiva. El grupo presenta un formato abierto en la entrada y salida de pacientes, dado que el tiempo de estancia en él ronda en torno a los 3 meses (tiempo de estancia promedio



de ingreso en hospital de día). La conducción del grupo es de tipo grupoanalítica, modelo que representa un marco integrador teórico y ecléctico en lo técnico, llevado a cabo en coterapia entre un psicólogo clínico y un auxiliar clínico del equipo.

La psicoterapia de grupo se halla integrada en el resto de las actividades desarrolladas en hospital de día, incluidos los abordajes de corte individual. Si bien el abordaje grupal representa aspectos diferenciales con respecto al individual, como la facilitación de apoyo mutuo entre individuos, la reducción del aislamiento predominante en la clínica depresiva o la posibilidad de que los pacientes puedan resultar terapéuticos para otros, fomentando el hecho de ser útiles para los demás y favorecer mejorías a nivel de autoestima. Lo grupal se plantea como una metáfora vital en la que emerge la función materna (estereotípicamente asociada a la madre, aunque no necesariamente, reflejando las funciones afectivas, nutricias y de validación) y paterna (estereotípicamente asociada al padre, aunque no necesariamente, reflejando lo normativo, los límites necesarios de cuidado), se concibe como un espacio de seguridad desde el que poder desarrollar la confianza básica (Erikson, 2000) que permita la expresión emocional, se experimenta la finitud, la elaboración de duelos (Tizón, 2013), se trabaja el choque con lo imperfecto, se abraza la vulnerabilidad, se aborda la tolerancia a la frustración y la impotencia ante momentos de no cambio, se busca un rol activo y de ayuda en la toma de decisiones. El espacio grupal se asemeja al espacio transicional winnicottiano, facilitador del juego relacional entre personas (Sáinz, 2017).

3. Lo terapéutico del grupo

Un factor terapéutico grupal se observa en los elementos de la terapia de grupo que contribuyen a la mejoría de la persona, estos elementos pueden tener que ver con la actuación del terapeuta, del paciente o de ambos (Bloch, 1976). Un autor asociado a lo terapéutico de los grupos es Yalom, conocido por su clasificación clásica de los 11 factores terapéuticos grupales (Vinogradov, 2019), como son la cohesión, la universalidad (un ejemplo de lo terapéutico que verbalizan algunas personas al entrar en grupo es lo de “ya no me siento un bicho raro”), la infusión de esperanza, el fomento del altruismo, la imitación, la facilitación de información, la oportunidad de resocialización, reflexión sobre factores existenciales, la catarsis emocional (el grupo genera unas



condiciones que favorecen este aspecto con respecto al plano individual), la experiencia emocional correctiva (término que debemos a Alexander) y el aprendizaje interpersonal. Si bien otro autor, Zukerfeld (Tarí, 2015), sintetiza estos 11 factores en 3 principios. El autor señala el principio de semejanza, que aglutina los factores de cohesión, universalidad, esperanza, altruismo e imitación, señala ese paso de la individualidad a la grupalidad, del “a mí me pasa” al “a nosotros nos pasa”. El segundo principio es de identificación, incluyendo los factores de facilitación de información, resocialización y factores existenciales, permitiendo a los miembros grupales ayudarse mediante la aportación de información. Como tercer y último principio el autor menciona la confrontación, principio armado sobre el factor catártico del grupo, la experiencia emocional correctiva que puede generar y el aprendizaje interpersonal, estaríamos hablando de un tipo de ayuda grupal a través de la expresión emocional que conduce al cambio.

4. Lo antigrupal

En este apartado se atenderán a todas esas fuerzas o corrientes que circulan en contra de un clima grupal considerado terapéutico, viene representado por elementos a detectar y poder traer a la conciencia grupal, dado que siempre operan a un nivel inconsciente. Siguiendo a Bion (Bion, 2004), se definen estos elementos como resistencias de los miembros grupales a constituirse como grupo de trabajo y acuña, para ello, la terminología de supuestos básicos grupales, definidos como estados emocionales arcaicos e inconscientes del grupo como evitación del aprendizaje por experiencia. Este último término queda reflejado en el momento en que una persona quiere cambiar o salir de un estado de sufrimiento, si bien predominando una especie de pensamiento mágico que de alguna manera lo teletransporte a otro estado satisfactorio de mejoría, es decir, evitando pasar por la experiencia difícil y turbulenta que puede resultar de un proceso de psicoterapia. A modo de metáfora, sería similar al deseo de pasar al otro lado del abismo evitando cruzar el puente tibetano, evitando las inestabilidades, miedos y dudas que puede generar. Bion (Bion, 2004) distingue tres manifestaciones de estos supuestos básicos:



- Ataque-fuga: El grupo se reúne para luchar contra algo o huir de algo. Como ejemplos de esto puede ser la predominancia de fenómenos agresivos en la dinámica grupal, o bien la existencia de abandonos.
- Emparejamiento: Cuando se produce una interacción más intensa entre 2 de sus miembros, obstaculizando de nuevo la tarea propiamente grupal.
- Dependencia: Se confía en una figura (la del terapeuta) que pueda satisfacer las necesidades de todos los miembros del grupo.

Entrando en concreto en el concepto de “Antigrupo” (Nitsun, 2000) se recogen las actitudes negativas hacia el grupo. Nitsun describe diferentes síntomas que alertan de este fenómeno, como el elevado estado de ansiedad y desconfianza en el grupo, frecuentes críticas y ataques sobre éste, asistencia irregular o llegar tarde de forma persistente, elevado índice de abandonos o el miedo a la desintegración del grupo.

Lo antigrupal también puede aparecer manifestado en una institución que no cuide a su grupo humano de trabajo, que no cuide la filosofía y la terapéutica de los grupos, donde prima más la cantidad (de grupos) que la calidad de éstos. En este sentido, atender a los criterios de selección de formación de los grupos es un factor pronóstico fundamental, entre otros. En síntesis con lo previo, el buen funcionamiento grupal viene marcado por todo lo que sucede antes en su preparación, y ahí juega un papel primordial la institución en el cuidado y mimo de estos detalles.

5. El encuadre

Con el encuadre hablamos del factor fundamental de estructuración en un proceso psicoterapéutico, es el continente de la situación grupal y el punto de partida del proceso psicoterapéutico. Se construye sobre condiciones impuestas (la hora de inicio, la duración, el lugar, la confidencialidad del material expuesto, términos de asistencia y mínimos de ausencias, condiciones sobre las relaciones exteriores a la situación grupal...). El encuadre es un instrumento de análisis, dicho atrevidamente, está para ser roto y trabajar/reflexionar sobre ello. Está conectado con la función del límite (que no normas). La diferencia entre el límite y la norma viene mediada por el grado de vínculo con el paciente, los límites están intrínsecamente unidos al vínculo entre personas y de



los que se desprende una función de cuidado y protección/contención. Las normas tienen una forma pasada por el tinte de lo impersonal y donde no se da un acercamiento afectivo ni emocional.

Retornando al escenario grupal, el encuadre limita generando un espacio de seguridad (Wallin, 2012), de no juicio, generador de la confianza básica (Erikson, 2000) para la expresión de la gama afectiva depresiva, preámbulo de un mayor nivel de apertura interpersonal/relacional.

6. Sobre el silencio

La armonía grupal la marca su silencio. El miedo, la culpa, el tedio vital, la ideación suicida, el autorreproche, etc., fenómenos del sufrimiento depresivo entran y confluyen con el silencio grupal, el cual toma la forma de la tierra en barbecho esperando con respeto la germinación del deseo.

El respeto del silencio puede contrastar con el entorno familiar de la persona que sufre (donde, desde la angustia, se pide acción), así como con el entorno social (cultura de la acción), cristalizando todo ello en el tormento interno del sufriente (rumiaciones y pensamientos destructivos). La energía grupal se asemeja, en muchas ocasiones, a la tenue llama de una vela, por lo que debemos de ser cuidadosos con nuestros movimientos para que no se apague y facilitar la oxigenación necesaria para que la llama se densifique.

El silencio, como fenómeno grupal, nos incita a preguntarnos de qué nos defendemos, ¿qué tratamos de comunicar?, representa lo incontrolable, es difícil de tolerar. ¿Estamos ante un silencio reflexivo u oculta una tensión subyacente? El silencio sitúa el potencial creativo y deseante del grupo, estando influenciado y modulado por factores situacionales, como el factor tiempo (los inicios del grupo suelen ser más complicados en cuanto a romper el silencio) o las pérdidas directas o indirectas del grupo (Ribé, 2021). Conectado con el plano depresivo, el silencio simboliza el temor al juicio del otro, la vergüenza, la culpa, la evitación de las diferencias. Lo silencioso se asimila, también, a lo violento de la depresión (Martín, 2018).



Ante lo ruidoso como factor común de muchos entornos actuales, el silencio grupal es un sinónimo de funcionamiento adaptativo generando espacio y tiempo para la elaboración de los procesos terapéuticos.

7. Sobre la escucha

El gesto que enlaza y permite el trazado de este texto, un gesto amenazado por las velocidades vertiginosas de nuestros tiempos. Se finaliza esta exposición rescatando el carácter activo de la escucha y su función suprema de acoger al otro, más si cabe en momentos de mayor fragilidad y sufrimiento como los que se han descrito en esta narración. Se ilustran las líneas anteriores siguiendo a Han:

Escuchar no es un acto pasivo. Se caracteriza por una actividad peculiar. Primero tengo que dar la bienvenida al otro, es decir, tengo que afirmar al otro en su alteridad. (Han, 2017, p. 113)

El oyente es una caja de resonancia en la que el otro se libera hablando. (Han, 2017, p. 114)

La herida es la apertura por la que entra el otro. Es también el oído que se mantiene abierto para el otro. Quien sólo se instala dentro de sí mismo, quien se encierra en casa, no es capaz de escuchar. La casa protege el ego de la irrupción del otro. La herida rompe la intimidad casera y narcisista abriéndola. Pasa a ser una puerta abierta para el otro. (Han, 2017, p. 118)

Bibliografía

Bion, W. R. (2004). *Experiencias en grupos*. Paidós.

Bloch, S., Bond, G., Qualls, B. et al. Patients' expectations of therapeutic improvement and their outcomes. *Am J Psychiatry*, 1976, 133, p. 1457-1459.

Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*. Paidós.

Han, B. C. (2017). *La expulsión de lo distinto*. Herder.



Martín, L., Colina, F. (2018). *Manual de psicopatología*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Nitsun M. EL ANTIGRUPO. Boletín 19 17-20. 2000.

Ribé, J.M. (2021). *Técnica en psicoterapia analítica grupal; experiencia desde la asistencia pública*. Herder.

Sáinz, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Herder.

Tarí, A. (2015). *Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo*. Área 3 Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. N° 19. www.area3.org.es

Tizón, J. L. (2013). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Herder.

Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (2019). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.

Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Desclée de Brouwer



Las mil caras de la depresión juvenil en la psiquiatría domiciliaria

Valentina Bruno

Marta Montaner

(ECID)

Resumen

Exploramos la complejidad de la depresión juvenil en el contexto de la psiquiatría domiciliaria, subrayando cómo las dinámicas familiares y los entornos de vida influyen significativamente en el bienestar mental de los adolescentes. Gracias al modelo Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT), buscamos crear vínculos de confianza con los jóvenes y sus familias, adaptándonos a sus entornos. Nos centramos en el papel crucial del entorno doméstico, considerándolo como un factor determinante para los adolescentes. Finalmente, proponemos que intervenir en el entorno doméstico no solo es un acto terapéutico sino también político, con el potencial de transformar las dinámicas familiares y sociales.

Palabras clave: AMBIT, mentalización, adolescentes, tratamiento domiciliario, hogar

1. Introducción

El equipo clínico de intervención a domicilio es un equipo de profesionales de salud mental que atiende a adolescentes entre los doce y los dieciocho años que, por motivos emocionales, psicológicos o psiquiátricos presentan absentismo tanto en contextos formativos como en los servicios ordinarios de Salud Mental. Atendemos adolescentes en las áreas de Badalona y Santa Coloma. Nuestra principal tarea es la de

poder crear un vínculo de confianza con los adolescentes y sus familias; nos acercamos y adaptamos a las dificultades de relación y a los entornos y espacios de convivencia con la propuesta de generar apertura a las relaciones de ayuda. Para ello utilizamos el modelo AMBIT (Tratamiento Integrativo Basado en la Mentalización Adaptativa), entre cuyas bases se halla el tener en cuenta el impacto del trabajo en entornos difíciles sobre los profesionales como tarea principal del equipo de trabajo. El modelo Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT), creado por el Anna Freud Center (Bevington *et al.*, 2015), parte de un enfoque de equipo completo, diseñado para dispositivos y servicios que trabajan con usuarios que presentan problemáticas múltiples y complejas. Se basa en la teoría y las prácticas centrales de la mentalización.

La OMS, en su plan de acción integral sobre salud mental del 2022, subraya cómo en los próximos años cabe priorizar la creación de servicios de atención domiciliaria, así como promover equipos con un enfoque multidisciplinar: salud, justicia, educación, empleo, vivienda y servicios sociales. En este contexto de necesidad nos acercamos allá donde el adolescente vive y expresa su malestar. El ECID se organiza de forma transversal en un enfoque multi e interdisciplinar. Todas las especialidades que conforman el equipo (psiquiatría, enfermería, trabajo social y psicología) tienen la misma tarea principal: atendemos a jóvenes que rechazan cualquier ayuda que provenga de un adulto, instalados en una posición de desconfianza epistémica, tanto de los servicios, como de su propio entorno, familia, etcétera. Su aislamiento impacta a distintos niveles y ámbitos, como reflejo también de los propios impactos que están viviendo. En el trabajo en la atención domiciliaria, los profesionales vivimos el impacto del incremento de la depresión en la población juvenil, pero también somos muchas veces testigos de un discurso global sobre la visión de este incremento que no acaba de encajar con la realidad que vivimos en nuestro trabajo diario, y que nos plantea muchas preguntas, dudas y cuestiones que van más allá de los diagnósticos. Es en esa realidad, en el domicilio, atendiendo a las familias, viviendo y sintiendo los impactos de las distintas realidades sociales y, al mismo tiempo, intentando atender de una forma lo más cuidadosa y efectiva posible, que el equipo de trabajo y el domicilio, y su entorno, adquieren una relevancia primaria. La atención domiciliaria requiere de miradas y perspectivas que van más allá de una mirada estancada.



2. Depresión o trastorno adaptativo: ¿qué importancia tiene el entorno?

La depresión es el trastorno mental más prevalente a nivel mundial. Se manifiesta con una sintomatología caracterizada por una persistente sensación de tristeza y anhedonia, además de estar acompañada por una serie de síntomas adversos como irritabilidad, dificultades en la concentración, desinterés en actividades anteriormente disfrutadas e ideación de muerte (Wyatt *et al.*, 2015). La depresión grave, además, puede doblar el riesgo de suicidio (Yu & Chang, 2016). Según reporta la Organización Mundial de la Salud, alrededor del 16 % de los problemas de salud en jóvenes de 10 a 19 años en todo el mundo se deben a condiciones de salud mental. Además, la depresión es la causa principal de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias tanto en naciones desarrolladas como en desarrollo (Vos *et al.*, 2016). En el último ventenio se ha asistido a un incremento en la prevalencia global de la depresión en adolescentes debido a la transformación económica, la diversificación de valores, cambios demográficos y un aumento en las presiones sociales (Hua *et al.*, 2024).

La adolescencia es una etapa vital en la que los jóvenes tienen el difícil deber de abrirse al mundo, de confiar en el otro, de tomar decisiones propias y de crecer, a veces demasiado rápido. Una etapa en la que tienen que equivocarse, intentar ser independientes, crear amistades. Necesitan una maleta de seguridades y de modelos de relaciones de confianza que deberían haber ido creando durante la infancia, gracias a unas familias y a un entorno “suficientemente bueno”. En los adolescentes resulta común hallar mucha rabia y enfado hacia los padres, signos de un duelo ante una desidealización de las figuras paternas, así como de un duelo por una infancia perdida con su omnipotencia que obliga a buscar al otro. La irritabilidad y la ira son características presentes en todos los adolescentes por una dificultad de manejar situaciones típicas de la edad. En el caso de la depresión se hacen marcadamente presentes (Sawyer *et al.*, 2018). Como decíamos anteriormente, la depresión en adolescentes es el trastorno más diagnosticado entre los jóvenes y ocupa el segundo lugar entre las 25 causas principales de discapacidad (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Es en el contexto de familias con dificultades que se enquistaba la patología del adolescente: el adolescente no encuentra unos padres capaces de ayudarles a digerir el mundo con sus dificultades y ofrecer ejemplos de fiabilidad y tranquilidad. Poner límites



por un lado y cuidar por el otro es un balance a menudo difícil de sostener debido a los traumas propios de los padres, así como por traumas transgeneracionales no resueltos. Algunos padres, con actitud más paranoide, ofrecen un ejemplo de miedo hacia el mundo exterior, que impide al adolescente salir al mundo y descubrirlo; en lugar de ello, el joven se queda atrapado en un ambiente doméstico que es a la vez jaula y protección. Tenemos familias donde se necesita asignar al joven el rol del enfermo, como resultado de la búsqueda de esta figura de paciente designado. También hay familias con padres con grave patología mental o violencia intrafamiliar en la que los hijos asumen un rol pasivo, encerrado, para vigilar y cuidar a uno de los padres. Hay padres para quienes la dependencia de los hijos es insoportable y producen hijos adultomorfos, siempre en riesgo de ser expulsados del hogar, que nos hacen pensar en que las ansiedades naturales que conviven en el adolescente (agorafóbicas y claustrofóbicas) se reproducen en la familia de manera patológica no permitiendo un desarrollo saludable del adolescente. Es por todo ello que tenemos que pensar en la complejidad y la unicidad de cada familia, de cada hogar, de cada vivienda y de cada adolescente que visitamos. Es por ese motivo, en suma, que los adolescentes atendidos en nuestro equipo son pensados siempre en el interior de sus familias y entorno social (Bruno *et al.*, 2023).

La depresión en la adolescencia es un tema que ha cobrado relevancia en la discusión pública reciente, así como en los medios de comunicación. Este fenómeno no es casual ni aislado. Vivimos, como decíamos antes, en un momento histórico peculiar, marcado por múltiples factores que inciden directamente en el bienestar emocional de los jóvenes. Entre estos, podemos destacar los muchos cambios sociales: un futuro lleno de incertidumbres, la erosión de valores, así como el cambio en la dinámica de las familias. Esta situación nihilista lleva a un abuso de pantallas y redes sociales que llenan un espacio vacío.

No queremos, por lo tanto, minimizar la dramaticidad de la incidencia de adolescentes con trastorno depresivo. Más bien queremos poder reflexionar sobre cómo muchas veces se confunde la depresión con un trastorno adaptativo debido a la situación socio-económica familiar o, todavía más grave, cómo los medios de comunicación confunden la depresión con tristeza.



Cuando hablamos de trastorno adaptativo nos referimos a una sintomatología caracterizada por síntomas emocionales o conductuales dentro de los tres meses después de que suceda un evento estresante específico. En esta situación, el paciente tiene un estrés superior a lo previsto en respuesta a un evento estresante de la vida, un estrés que causa muchos problemas en las relaciones interpersonales, el trabajo o la escuela. Este cuadro puede ser acompañado de un estado de ánimo bajo, con sensación de tristeza, desesperación y llanto, cansancio extremo y abulia. En otros pacientes hay prevalencia de una sintomatología ansiosa, mientras en otro hay síntomas conductuales. Desde nuestra experiencia clínica diaria, observamos que un 25% de los adolescentes que visitamos sufre de trastornos adaptativos. Nos hemos preguntado muchas veces si estos síntomas de tristeza, en un despacho, podrían ser clasificados como depresión y ser medicados con un antidepresivo que podría no ser la respuesta adecuada a este malestar. Nuestro acercamiento a domicilio ofrece *insights* valiosos sobre cómo el entorno familiar y social juega un papel determinante en la salud mental de los jóvenes. Muchas familias que atendemos se encuentran en una situación socio-económica muy difícil. Familias migrantes, donde con dificultad se puede adquirir un alquiler y que acaban ocupando pisos. Familias monoparentales donde el progenitor es el mismo paciente y que no puede permitirse trabajar y el lujo de pagar un par de gafas para su hijo.

¿Podemos, en estos entornos, pensar en una salud mental?

Tenemos la sensación de que se está poniendo en examen el comportamiento y las experiencias emocionales de los adolescentes, sin reconocer adecuadamente el papel de factores como la educación, el acceso a servicios de salud mental, el entorno familiar y comunitario, y las oportunidades económicas, de forma que la política se libere de su deber de crear un entorno propicio para el desarrollo saludable de los jóvenes. Nos sentimos de alguna forma poniendo parches para mejorar una salud mental cuando hay una hemorragia social en la que la política no está adecuadamente interviniendo.

Tradicionalmente, se ha abordado la depresión juvenil como una patología aislada, pero ¿qué sucede cuando el entorno en el que crece un adolescente es, en sí mismo, una fuente de inestabilidad y ansiedad? Me refiero en este momento a la idea del hogar como un "útero inseguro e inestable", un contexto que inevitablemente condiciona el bienestar emocional de los jóvenes. Ante esta perspectiva, es pertinente cuestionar si estamos ante



casos de depresión o, más bien, ante una sintomatología adaptativa, una respuesta natural ante un entorno adverso.

En el tratamiento domiciliario, que según la OMS tiene que adquirir en los próximos años una mayor relevancia, se adquiere una cantidad de información que una visita en despacho jamás nos podría dar. Acercarnos allí donde el paciente vive y expresa su parte más privada nos puede ayudar en el tratamiento y pone en primer plano el cuidado básico de la casa como cuidado básico de uno mismo. Así como el desorden de una habitación nos puede mostrar el desorden interior, podemos pensar que reordenar enseres es una forma de reordenar ideas y ayudarnos a mejorar nuestra salud mental. La habitación del adolescente es un microcosmos desordenado y vivo: posters de algún cantante, cómics manga y recuerdos de infancia se amontonan con escasa armonía para mostrar las pasiones del habitante. Son estancias a menudo rebosantes de recuerdos, como si el adolescente intentará retener los recuerdos de sus primeros conciertos, de sus primeros viajes, de sus primeras experiencias definitorias. Durante la adolescencia, llega el momento de tirar los osos de peluche, pintar las paredes de un color concreto, de disponer los muebles para disponer de espacios diferentes. Madres y padres reaccionan a esto de dos maneras diferentes: hay madres que entran y limpian pensando en la higiene y madres que respetan la privacidad y la necesidad de independencia del adolescente. La identidad del yo se manifiesta también en la identidad de la habitación: necesita, por medio de caos, música y recuerdos, construirse una identidad y escindirse de la identidad familiar creada por los padres en la infancia. Hay adolescentes que, por otro lado, tienen una habitación perfectamente ordenada, con colchas a juego con el color rosa de la pared, armarios dejados abiertos para ser vistos, ninguna imagen en la pared; uno se pregunta cuándo se enfadará, cuándo podrá, por medio de la rabia, empezar a diferenciarse de sus padres.

Esther Bick introdujo el concepto de la "segunda piel" como un elemento fundamental en la formación del Yo, destacando la función contenedora de la piel. Inspirada por esta idea, propongo considerar la casa como una "tercera piel", un espacio que no solo nos alberga físicamente, sino que contiene nuestras ansiedades y promueve un sentido de seguridad y pertenencia. Esta tercera piel actuaría como un útero simbólico, un lugar donde desarrollarse, crear y expresarse. La casa (el hogar, la morada) es el sitio



donde habitar, estar y crear un lugar de seguridad, paz y tranquilidad; es un sitio privado donde poder expresar nuestra creatividad y nuestro sentido estético. La casa es el útero materno: las viviendas han de ser refugios, sí, pero también lugares en los que compartir con otros nuestro ser más profundo. Por eso, tenemos que pensar cómo de importante es disponer en nuestra infancia de un lugar cálido e íntimo, para poder construir una casa interna que nos ayude a tolerar espacios abiertos y vivir en el mundo. Pienso a menudo en un sueño recurrente que hacía L., una de las adolescentes en tratamiento en ECID. Su historia familiar, con un papá alcohólico y violento, no le había ofrecido un lugar seguro en casa. Me contaba a menudo este sueño de una casa sin cimientos; tenía miedo de que se derrumbara estando ella encerrada en su habitación. Es una pesadilla que escenificaba un miedo a un derrumbe interior, y ofrece la visión de cómo la casa es a menudo metáfora de nuestro mundo interior. En palabras de Galimberti:

Habitar no es conocer, sino sentirse en casa, hospedados por un espacio que no nos ignora, rodeados por cosas que hablan nuestra vida, entre rostros que no cabe reconocer porque, en su mirada, se hallan los restos del último saludo. Habitar es saber dónde dejar el atuendo, dónde sentarse en la mesa, dónde encontrar al otro. Habitar es transfigurar las cosas, es cargarlas de sentidos que trascienden su pura objetividad, es sustraerlas de la anonimidad que las retiene en su ensimismidad, para devolverlas a nuestros gestos habituales, que permiten a nuestro cuerpo sentirse entre "sus cosas", cerca del sí mismo. (Galimberti, 1983, p. 227)

El espacio "casa" se vuelve entonces un sitio conocido donde nos sabemos mover y donde nuestra manera de vivir se expresa. Es un espacio donde podemos movernos sin encender una luz, del que conocemos su olor y su olor nos representa. La casa es el ámbito privado por excelencia, pero es también la interfaz de comunicación con el exterior, lo que permite a su morador relacionarse con el mundo. Lévinas escribe que "simultáneamente fuera y dentro, él va hacia fuera desde la intimidad. Por otra parte, esta intimidad se abre en una casa, situada en esté fuera" (Lévinas, 2002, p. 170).

En la casa surge la necesidad de expresarnos, pues la casa es transposición externa del nuestro yo, imagen de nosotros mismos, de nuestro carácter, de nuestras costumbres, que ofrecemos a nuestras familias y a nuestros amigos. Representa el adentro y el afuera de nosotros mismos. Lévinas habla de "interioridad actuada concretamente por la casa" y agrega:



Al circular entre la visibilidad y la invisibilidad, está siempre a punto de partir para lo interior, de lo cual su casa, su rincón o su tienda, o su caverna, es el vestíbulo. La función original de la casa no consiste en orientar el ser por la arquitectura de la edificación en descubrir un lugar, sino en romper lo pleno del elemento, en abrir en él la utopía en la que el «yo» se recoge al habitar en lo de sí. Pero la separación no me aísla como si fuese simplemente arrancado a estos elementos. Hace posible el trabajo y la propiedad. El gozo extático e inmediato al cual -aspirado de algún modo por el abismo incierto del elemento- ha podido entregarse el yo, se aplaza y se demora en la casa. Pero esta suspensión no aniquila la relación del yo con los elementos. La morada sigue estando, a su modo, abierta al elemento del cual separa. A la distancia, de por sí ambigua, que a la vez aleja y aproxima, la ventana le quita esta ambigüedad para hacer posible una mirada que domina, una mirada de aquel que escapa a las miradas, la mirada que contempla. (Lévinas, 2002, p.174)

La casa es, pues, territorio de relaciones afectivas profundas, que determinan un apego, y en el cual se ejercita control. Una función importante del propio “territorio” es la de garantizar la privacidad, un espacio personal en el que cada persona puede buscar la soledad o la compañía de su familia, un lugar en el que alcanzar un grado de bienestar psicológico para evitar conflictos. En nuestro hogar podemos aislarnos y escondernos, tener la certeza de no ser observados por extraños, de ser libres de ser lo que somos.

Martin Heidegger, en Darmstadt, en 1951, en el momento de la reconstrucción después de la Segunda Guerra Mundial, se pregunta qué es “habitar” y nos regala una de las reflexiones más interesantes respecto al tema del habitar. Según el autor podemos habitar solo si construimos, pero no todo lo que se habita es casa ya que también donde trabajamos muchas veces habitamos. Solo si hemos tenido una buena experiencia de habitar podemos elaborar una nueva manera de habitar la casa. Me atrevo a decir que si sabemos mentalizar sabemos habitar. La experiencia de habitar como la de mentalizar nos ayuda a tener la capacidad de explorar y de encontrar nuestra manera de habitar y habitarnos. Focalizándose sólo en el síntoma de tristeza del adolescente, la polis fácilmente puede eludir su responsabilidad en el desarrollo e implementación de políticas sociales efectivas dirigidas a esta población. Este enfoque en el individuo, en lugar de abordar las raíces estructurales y sociales del problema, revela una suerte de negligencia en la gestión de algunas de las verdaderas causas de la crisis de salud mental tanto en jóvenes como en adultos.



3. ¿Cómo se trabaja en el impacto de la atención domiciliaria?

Como describe Mark Dangerfield, nuestra labor como terapeutas nos lleva a visitar adolescentes y familias en hogares que, a través de sus características físicas y dinámicas internas, revelan historias de abandono institucional, desintegración social y dificultades económicas incapacitantes, así como múltiples eventos adversos, como abusos, negligencias emocionales y violencias intrafamiliares (Dangerfield, 2021, p. 14). La atención familiar nos permite entender la proyección masiva puesta en el adolescente como foco de atención, tanto por parte de la familia, como por parte del sistema de salud. Este sistema permite clasificar, diagnosticar y medicar el “síntoma”, pero imposibilita entender, no sólo su significado, sino también evita acercarnos a la realidad compleja y multifactorial de las familias, desatendiendo a todos.

Los profesionales no somos impermeables al impacto. El modelo AMBIT pone el foco en la teoría de la Mentalización como un continente que nos permite trabajar a los profesionales en mejores condiciones y adaptándonos a espacios y dinámicas de alto impacto. Este modelo de trabajo en equipo permite que los profesionales estemos en mejores condiciones para luego poder trabajar, desde una actitud mentalizadora, con los adolescentes, las familias y los distintos servicios y profesionales de la red. “Mentalizar es un tipo de actividad mental imaginativa que nos ayuda a dar sentido al comportamiento de uno mismo y de los demás sobre la base de estados mentales intencionales como deseos, objetivos, propósitos, miedos, razones, etc.” (Fonagy & Bateman, 2016). Si pensamos en el equipo de trabajo como grupo que integra las distintas capacidades de los individuos que lo forman, y al mismo tiempo, genera nuevos saberes a través de su dinámica y de los aprendizajes compartidos, hemos de tener en cuenta que se trata de un proceso de características sociales:

La mentalización es un proceso social que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego tempranas y las interacciones con los demás, y su calidad está muy influenciada por la capacidad de mentalizar de quienes nos rodean. Esta experiencia de ser mentalizados por otros se interioriza y potencia nuestra capacidad de involucrarnos en relaciones sociales. La relación entre el apego y la mentalización, la experiencia de que el otro responda de manera sensible, potencia un apego seguro (Trias, 2023).



Por lo tanto, el apego con el equipo de trabajo, que nos permite recuperar nuestras capacidades de mentalización, devolviendo la capacidad para responder y atender de forma sensible a las realidades complejas, es una realidad que es de vital importancia. Entendemos pues, en este mismo equilibrio, que las familias que atendemos pueden tener dañada su capacidad de mentalización en esos entornos sociales también alterados. La función del equipo de ayudar a sus miembros a elaborar los impactos del trabajo para fomentar la recuperación de la capacidad de mentalización, y permite una mayor resiliencia en los profesionales dado que la mentalización “es una capacidad profundamente social que tiene un papel clave en la construcción de puentes en la comunicación y en la experiencia de la resiliencia” (Fonagy & Bateman, 2016).

Pero, ¿cómo se realiza esta tarea en el seno del equipo de trabajo?

Trabajamos contando con que se trata de un trabajo de alto impacto y lo esperable es que sea complejo y que los profesionales y los equipos perdamos muy a menudo nuestra capacidad de mentalización. Eso nos habilita para poder ayudar a los compañeros, o ser ayudados, sin ser juzgados cuando nos encontramos desbordados, ansiosos, bloqueados o desconectados de la atención que realizamos. De hecho, podemos pensar el equipo como un sistema familiar, que tiene el objetivo de ayudar a sus miembros a recuperar las capacidades de mentalización y, al mismo tiempo, si funciona como ente, tiene sus riesgos: “En un sistema familiar es típico un contagio muy rápido del modo prementalizador” (Herrando & Constantinides, 2021). En lo referente pues a los modos de prementalización, que predominan en el desarrollo normal del niño hasta los 6 años para luego formar parte del adulto de una forma integrada, se reactivan irremediamente en situaciones de alto impacto emocional y mayor estrés. Hablamos de lo que varios autores describen como el modo de equivalencia psíquica:

Se caracteriza por un isomorfismo mente-mundo, en el que la realidad mental se equipara a la realidad externa, sintiendo los pensamientos como reales y dando lugar a un pensamiento concreto que no permite tener en cuenta perspectivas alternativas al propio pensamiento, que se considera lo único posible. El modo Teleológico reconoce los estados mentales sólo si sus resultados son físicamente observables. El individuo percibe el potencial de los estados mentales y su importancia, pero sólo en situaciones limitadas, ya que solo tiene en cuenta la conducta observable del otro; de modo que el indicador físico es el único que se tiene en cuenta al interpretar las



intenciones de los demás. En el modo Como si, el individuo puede crear modelos mentales y mundos simulados que puede mantener, siempre y cuando permanezcan separados de la realidad. (Rueda-Mora *et al.*, 2020)

En el equipo vemos entre nosotros las distintas formas en las que el impacto nos atraviesa y como se manifiestan las distintas conductas relacionadas con estos mecanismos: tenemos distintos riesgos de volvernos profesionales defendidos, distantes, colocando toda la queja en el exterior, en cuyo caso podemos coludir con las familias y las quejas en los recursos, y en la desesperanza. Otra posición sería hacer un “como si” defensivo, poniendo muchos límites a nuestra labor, fingiendo una actitud “aséptica” a la realidad conflictiva y multifactorial que encontramos y vivimos, o todo lo contrario, mostrarnos como “superprofesionales”, que niegan la realidad limitada, poniendo en el “poder curativo” la solución del malestar que rápidamente implica frustración. Otras veces, nos sentimos como los defensores del menor, intentando cubrir las necesidades parentales no cubiertas, entrando en una rueda de conductas para buscar soluciones imposibles. En la atención a domicilio, el tándem terapéutico se sumerge en un espacio donde se impregna de los distintos impactos y proyecciones, compartidos con la familia, que luego como parte del tratamiento se pueden nombrar, como algo compartido y vivido, y generar así espacios de confianza, pensamiento, cuidado y cura. Cómo define Daniel Siegel: “un aspecto central de la mente, es que procesa de manera relacional, y corporal, el flujo de energía y de información” (Siegel, 2012). En situaciones extremas, donde el domicilio es de riesgo vital para las familias, nos hemos visto encontrando equilibrios donde poder ayudar a gestionar esas necesidades básicas, al mismo tiempo ofreciendo acompañamiento y espacios de pensamiento en espera de recursos que no sabemos muchas veces si llegarán. Otras veces, los espacios estéticamente cuidados, aparentemente “adecuados” de alguna forma, “tapan” el conflicto. En palabras de Merleau-Ponty:

Es precisamente mi cuerpo el que percibe el cuerpo del otro y descubre en ese cuerpo una milagrosa extensión de mis propias intenciones, una manera familiar de tratar con el mundo. Desde aquí en adelante, así como las partes de mi cuerpo juntas conforman un sistema, mi cuerpo y el del otro son una totalidad, dos caras de uno y el mismo fenómeno. (Merleau-Ponty, 1945, p. 406)



Así el tándem terapéutico (un terapeuta como referente del adolescente, otro como referente de la familia, y juntos como dúo integrado de la atención “global” del caso), pone no sólo su mente, sino su cuerpo en los espacios íntimos y sociales de la familia, requiriendo un equipo interiorizado que le permita trabajar esos impactos. “La mentalización corporal se refiere a la capacidad de establecer una conexión entre diferentes modalidades, como entre lo táctil y lo cognitivo o lo visual y lo vocal, fomentando así la conciencia de lo mental, la reflexión intermodal” (Asen & Fonagy, 2021). Para llevar a cabo estos procesos, el equipo y el modelo se hace indispensable para digerir e integrar estos impactos de alta intensidad: sentimientos como la rabia, la desesperanza, la tristeza, nos movilizan y forman parte de la necesitada comprensión para una intervención modular y adaptada a las necesidades reales. El equipo conforma el entorno seguro de los profesionales, como algo que después los profesionales podemos ofrecer en nuestra atención a las familias:

La creación de un entorno seguro dentro de la familia para todos los miembros es una condición previa para que se inicie este proceso (proceso terapéutico). Sentirse reconocido como individuo crea un análogo de la experiencia básica de seguridad y permite la activación de modelos mentales asociados con la confianza para experimentar ansiedad sabiendo que no abrumar ni desregular permanentemente la capacidad de funcionamiento de uno. (Trias, 2023)

Este equipo conformado como entorno seguro implica un equilibrio consciente y trabaja entre la necesidad del continente que el grupo permite, y el reconocimiento de cada uno de los individuos con sus características propias que nos permita conformar un corriente de trabajo que genere capacidad reflexiva: “La capacidad reflexiva se refiere en particular a la capacidad consciente de mentalizar y de observar el comportamiento propio y el de la otra persona mediante la comprensión de las conexiones con los sentimientos internos, pensamientos, creencias, intenciones y conductas” (Fonagy & Target, 1997; Slade, 2005). Cuando elaboramos con el equipo esos impactos vividos, se abren muchas más perspectivas en nuestra atención que generan un acercamiento, aunque dificultoso, valioso en nuestra atención diaria, que conlleva una atención más adaptada a las realidades multifactoriales, y al mismo tiempo, permite a los profesionales identificar cuando perdemos nuestras capacidades de mentalización, siendo motor de espacio de cuidado genuinos.



4. Conclusión

El concepto de que el entorno doméstico puede transformarse en un espacio de intervención, de cuidado y de curación es una visión innovadora y profundamente transformadora en el ámbito de la salud mental. Los problemas de salud mental no surgen en el vacío, sino que están profundamente enraizados en las dinámicas sistémicas y los entornos en los que las personas viven. Por lo tanto, al intervenir en el entorno doméstico, tenemos la oportunidad de abordar no solo los síntomas presentados por el individuo, sino también los factores subyacentes que contribuyen al sufrimiento mental.

La implicación de que el equipo terapéutico actúe como un agente reparador de la cultura subraya la importancia de entender la salud mental no solo a nivel individual sino también colectivo. Del mismo modo, nuestra labor, sus impactos, y nuestra intervención se genera no solo individualmente, sino con el equipo como agente reparador colectivo. Este enfoque permite a los terapeutas trabajar hacia la transformación de las estructuras y de dinámicas sociales que perpetúan el sufrimiento. Por ejemplo, mediante la modificación de patrones de comunicación disfuncionales dentro de la familia, la creación de espacios seguros para el diálogo y la expresión emocional, o la implementación de rutinas realistas.

Al intervenir en el entorno doméstico y buscar transformar las dinámicas familiares y sociales, estamos promoviendo un acto político en el sentido de acto en la polis, con el potencial de influir en la forma en que las sociedades comprenden y abordan la salud mental.

La importancia de la política en la creación de viviendas de calidad y accesibles se convierte en un factor crucial. No es solo una cuestión de proporcionar un techo, sino de garantizar espacios que promuevan la seguridad y el desarrollo personal. James Hillman, en 1999, ya señalaba la relación intrínseca entre los espacios urbanos y el bienestar de las personas. Ahora que entendemos el impacto de la arquitectura y el diseño urbano en nuestras emociones, surge la pregunta: ¿Por qué no nos esforzamos por crear espacios que favorezcan la salud mental? Porque no hacemos políticas para asegurar una vivienda digna. En resumen, al expandir el foco de la intervención más allá del individuo



para incluir su entorno doméstico y cultural, podemos comenzar a abordar las raíces del sufrimiento sistémico.

Bibliografía

Asen, E., & Fonagy, P. (2021). *Mentalization-based treatment with families*. Guilford Publications.

Bevington, D., Fuggle, P., & Fonagy, P. (2015). Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: The AMBIT approach. *Attachment & human development*, 17(2), 157-174.

Bruno, V., Montaner, M., & Garcia, R. (2023, junio). La experiencia ECID: Dimensiones del cuidado en la terapia domiciliaria a adolescentes. *Revista Átopos*.

Dangerfield, M. (2021). *Working with at-risk mental states in adolescence. Mentalization-Based Treatment for Adolescents: A Practical Treatment Guide*. London: Routledge.

Daniel J Siegel. (2012). *La mente en desarrollo*. Desclée de Brouwer.

Fonagy, P., & Bateman, A. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Desclée de Brouwer.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679-700.

Galimberti, U. (1983). *Il corpo: Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*. Feltrinelli.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150.

Herrando, C., & Constantinides, E. (2021). “Emotional contagion: A brief overview and future directions”. *Frontiers in psychology*, 12, 712606.

Hua, Z., Wang, S., & Yuan, X. (2024). Trends in age-standardized incidence rates of depression in adolescents aged 10–24 in 204 countries and regions from 1990 to 2019. *Journal of Affective Disorders*, 350, 831-837. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.009>



- Levinas, E. (2002). *Totalidad e Infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. Ediciones Sígueme.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Bibliothèque des idées. Gallimard.
- Rueda-Mora, R. C., Raleigh-Betancourt, R., & Vinaccia-Alpi, S. (2020). Mentalización: Encuentros y divergencias con conceptos afines. Una revisión. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 157-164.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). “The age of adolescence”. *The lancet child & adolescent health*, 2(3), 223-228.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.
- Trias, T. (2023). Transference-Focused Psychotherapy for Adolescents with Personality Disorders: A Case Example with a Focus on the Interpretative Process and Transference Analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 22(3), 253-267.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A., Carter, A., Casey, D. C., Charlson, F. J., & Chen, A. Z. (2016). “Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.” *The lancet*, 388(10053), 1545-1602.
- Wyatt, L. C., Ung, T., Park, R., Kwon, S. C., & Trinh-Shevrin, C. (2015). Risk factors of suicide and depression among Asian American, Native Hawaiian, and Pacific Islander youth: A systematic literature review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 26(2 0).
- Yu, E. A., & Chang, E. C. (2016). Optimism/pessimism and future orientation as predictors of suicidal ideation: Are there ethnic differences? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 22(4).



A vueltas con una terapéutica heideggeriana: cuando ya no hay asideros

Fernando Gilabert
(Universidad de Sevilla)

Resumen

La fenomenología hermenéutica desplegada por Heidegger en su camino de pensamiento ha inspirado diversas propuestas terapéuticas que toman como base sus planteamientos filosóficos. A partir del ejemplo del trato terapéutico de la depresión se tratará de exponer qué puede aportar el análisis de la existencia en clave heideggeriana a las ciencias de la psique. Aquí se empleará el existencial del mundo y de la mundanidad de la existencia (*Dasein*), pues en la situación depresiva el mundo que parece "sólido" en la cotidianidad media se vuelve falto de fundamento y se revela la nada que "sostiene" al mundo, dejándolo sin asideros.

Palabras clave: Heidegger, terapia, psique, Dasein análisis, depresión, existencia, nada

1. Introducción: Heidegger y la terapia. Breve recorrido histórico

El presente estudio pretende poner de relieve la posibilidad de una terapia a partir de los preceptos fundamentales de la fenomenología hermenéutico-existencial que Martin Heidegger (1889-1976) despliega a lo largo de todo su itinerario filosófico. La propuesta como tal no pretende ser una novedad, pues desde hace tiempo es recurrente el recurso a Heidegger por parte de la psicoterapia (Letteri, 2009; Giorgi & Sousa, 2010; Denker *et al*, 2023), sobre todo a partir de la búsqueda de una "cura" que permita establecer una trama de sentido relacionada con los afectos (Xolocotzi & Gibu, 2016; Borges-Duarte, 2021).

Desde la última década del siglo XX se viene hablando de la citada posibilidad, sobre todo a partir de la publicación de los *Seminarios de Zollikon*, editados por el psiquiatra suizo Medard Boss, *partenaire* del pensador de la Selva Negra en aquellos



seminarios y publicados en 1987 por la editorial Klostermann como un volumen independiente del legado heideggeriano. El volumen de la *Gesamtausgabe*, de la obra completa del que fuera rector de la Universidad de Friburgo, en que se recogen aquellos seminarios, el número 89, no sale a la luz hasta 2017, editado por Peter Trawny y consta de casi el triple de páginas que la edición de Boss, así como bastante más material compilado de las sesiones que imparte Heidegger en Zollikon (Heidegger, 2017).

Puede parecer entonces que la fecha de publicación del volumen editado por Boss, 1987, indica el despertar del interés acerca de lo que Heidegger puede aportar a la psiquiatría. Pero que la editorial decida sacar al mercado dicha edición, contraviniendo los deseos de la familia Heidegger que busca reunir todo el legado en la *Gesamtausgabe* tal y como era el deseo del pequeño mago de Meßkirch², no es una mera ocurrencia, sino una oportunidad comercial visto el interés y la expectación que hay en el aire en torno a la relación de Heidegger y la psiquiatría, pues la edición de Boss se presenta como la posibilidad de esclarecer los nexos de la fenomenología hermenéutica con la psiquiatría. En el ambiente de la década de los ochenta del siglo pasado, se intuye que hay "algo" en esos seminarios que puede suponer una revolución tanto a la hora de comprender el pensamiento heideggeriano como para el propio modelo de la psiquiatría. De ahí que el inicio remita no a 1987, sino, al menos, a unos años antes.

Los *Seminarios de Zollikon* se imparten en dicha población de los alrededores de Zúrich a lo largo de diez años, entre 1959 y 1969. Medard Boss, un psiquiatra suizo lee *Sein und Zeit*, la obra capital de Heidegger, durante su servicio como médico de batallón de un destacamento de montaña del ejército helvético en la II Guerra Mundial, debido al aburrimiento por falta de faena militar (por si acaso, hay que recordar que Suiza es el paradigma de la neutralidad bélica). La lectura que Boss hace de *Sein und Zeit* le revela una visión novedosa sobre la existencia humana y su relación con el mundo (Heidegger, 1987, p. VIII). Tras la guerra escribe a Heidegger y comienza un intercambio epistolar que desemboca en una amistad, con frecuentes visitas por parte de uno y otro. Heidegger ve en la relación con Boss, un psiquiatra que parece entender sus ideas acerca de lo

² El autor de este estudio agradece la referencia al Dr. Alfred Denker, ex-director del *Martin-Heidegger-Archiv* de Meßkirch, uno de los coeditores de la *Gesamtausgabe* y fundador y coeditor del *Heidegger-Jahrbuch* y de la *Martin-Heidegger-Briefausgabe*.



psíquico y lo existente, la posibilidad de que sus concepciones filosóficas redunden en el bien humano, sobre todo en el auxilio de quien lo necesite (Heidegger, 1987, p. X). Así, por mediación de Boss, Heidegger trata de hacer comprensibles las perturbaciones psíquicas con ayuda de los conceptos fundamentales de la analítica existencial que despliega en su obra (Safranski, 1994, p. 430). En estos seminarios, ya casi al final de su camino de pensamiento, elabora una interpretación de todo su recorrido filosófico y la pone en relación con el método que siguen las llamadas ciencias de la psique, método que le parece insuficiente por no haber sido pensado en sus fundamentos, pues la psique remite en último término a la existencia fáctica misma, cosa que el modelo científico hegemónico durante la modernidad considera insuficiente (Silva & Cecchini, 2015).

La fecha entonces del comienzo del interés de aunar la fenomenología hermenéutico-existencial de Heidegger y los planteamientos acerca de la psique no puede ser entonces 1987, sino que hay que ir, al menos, hasta los años sesenta, para situar ese acmé, que es cuando el propio Heidegger pone el foco en uno de sus trabajos a la cuestión de lo psíquico, si bien siempre deja pistas a lo largo de todo su camino, como el propio Medard Boss vislumbra en su lectura de *Sein und Zeit*. Pero Boss mismo ya es, en cierto modo, un "iniciado", pues se forma como psiquiatra y psicoanalista en Viena y Zürich, en una tradición de psicología existencial que toma como referente la fenomenología. Boss conoce la fenomenología existencial heideggeriana a finales de los años treinta, la lee a principio de los cuarenta, durante la guerra, y se pone en contacto con Heidegger a finales de esta década, en los años duros para el de Meßkirch, tras el proceso de desnazificación de la Universidad alemana (Condrau, 1973). Pero se habilita como médico aprendiendo de las tesis de otro psiquiatra pionero en aplicar la fenomenología heideggeriana a la psicología: Ludwig Binswanger, amigo personal de Freud que sintetiza los planteamientos del padre del psicoanálisis con los del emboscado de Todtนาberg (Gay, 1989), pero que ya en la I Guerra Mundial, es decir, antes de que Heidegger sea Heidegger, ya siente que es posible el nexo del psicoanálisis freudiano con la fenomenología de Husserl, maestro del autor de *Sein und Zeit* (Spiegelberg, 1972, p. 197). Por tanto, el nexo entre la psiquiatría y la fenomenología existencial no es una herencia de Heidegger, sino que la trasciende y se remonta a toda la fenomenología misma. Este recorrido que sirve a modo de introducción permite desplegar toda una historia de la



psicología existencial a lo largo del siglo XX (que puede contemplarse en su prolongación al siglo XXI), pues se ha puesto en juego una serie de referentes que permiten explicar esta disciplina. La fenomenología hermenéutica desplegada por Martin Heidegger a lo largo de su camino de pensamiento da lugar a diversas propuestas terapéuticas que toman como base sus planteamientos filosóficos. Además de la propuesta desarrollada por los citados Binswanger y Boss, el *Daseinanálisis*, como un referente directo de una psicoterapia heideggeriana (Boss, 1979), también es necesario citar los aportes que Jacques Lacan hace al psicoanálisis freudiano inspirado en la analítica existencial (Alemán & Larriera, 2009), aunque la perplejidad de Heidegger ante el barroquismo de la escritura de Lacan, le hace señalar a Boss, en una carta fechada en 1967, que estima que el psiquiatra necesita de un psiquiatra (Heidegger, 1987, p. 350).

2. Depresión y mundo

Pero el propósito de este estudio no es exponer, ni mucho menos, un inventario histórico de las diversas articulaciones que la filosofía de Heidegger tiene en relación con las disciplinas que se ocupan de los fenómenos de la psique, pues sobre eso ya hay bastantes estudios (Arciero *et al.*, 2018; Brencio, 2022). Tampoco la intención es exponer una propuesta novedosa, una "nueva terapia" de raigambre hermenéutica. Este estudio, más bien, busca ceñirse en torno a una tematización central bajo la que es posible hacer girar toda terapia de corte existencial: a partir del ejemplo terapéutico de la depresión, se tratará de exponer cómo el análisis de la existencia puede dar claves a la hora de afrontar dicho trato. Para ello, será necesario advertir la mundanidad de dicha existencia.

No es contingente que el caso que se toma para ejemplificar el trato terapéutico desde los planteamientos heideggerianos sea su efecto sobre la depresión y no sobre otra alteración psicopatológica, como la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o el estrés, porque se sabe que Heidegger tiene al menos un colapso depresivo serio, en 1945-1946, cuando es jubilado forzosamente por la comisión académica que investiga cuántos desmanes nacionalsocialistas hay en los profesores que ocuparon cargos universitarios durante el régimen de Hitler (Xolocotzi & Tamayo, 2012, p. 164). Ya antes del proceso de depuración sufre de amagos maniáticos y de angustia (Safransky, 466; Heidegger, 1987, p. 308). Pero tras el veredicto de la



comisión y el síncope que le produce, Heidegger se trata con Viktor von Gebattel, discípulo de Ludwig Binswanger, en el sanatorio de Badenweiler. Heidegger señala que la terapia de Gebattel es bastante limitada, dice que lo ayuda como ser humano, pero no como terapeuta (Petzet, 1983, 52). Además, el filósofo recela de Binswanger, quien parece que no comprende del todo sus planteamientos cuando comienza a aplicar la analítica existencial al tratamiento psiquiátrico (Cabestan & Dastur, 2011). De hecho, la opinión del autor es que el error binswangeriano fundamental está en el modo en que entiende la mundanidad, aislada aun dentro de la trama de sentido que constituye la existencia. En todo caso, en ese tratamiento con Gebattel de resultado incierto, es donde está la génesis del interés de Heidegger por corresponder a Boss y lo que luego deriva en los Seminarios de Zollikon (Heidegger, 1987, p. 300).

Pero dejando ya de lado el contenido biográfico de Heidegger, hay que destacar que el trato terapéutico de la depresión va a servir para exponer como el análisis de la existencia puede dar claves a la hora de afrontar los trastornos de la psique. Sin embargo, antes es necesario dar unas pequeñas pautas del entramado heideggeriano en que se apoya esta tesis. Hay que acudir a *Sein und Zeit*, la obra capital de la bibliografía del pensador de la Selva Negra. Allí se expone como existencial fundamental y primero el ser-en-el-mundo (*In-der-Welt-sein*) (Heidegger, 2006, 53). La existencia (*Dasein*) siempre se somete a su propia circunstancialidad, no es nada trascendente, sino que es inmanente y siempre sujeta a los eventos que acaecen en el mundo, esto es, siempre es localizada o situada o condicionada temporalmente (y por ende vinculada a los estados afectivos). La existencia no es un hecho notorio que cuesta esfuerzo conseguir, sino que siempre se está de antemano arrojado al mundo sin haber hecho nada para ello: se está de suyo inmerso en una situación específica en la que al ser de cada uno le va su ser más propio, de modo tal que, aun siendo arrojados al mundo, uno sabe como manejarse en él (Gilabert, 2023, pp. 234-235).

Al estar en una situación suele saberse cómo hay que desenvolverse en ella a pesar de no haber sido elegida. Ese saber-desvolverse surge del mero hecho de que se "es" en el mundo. Pero ese desenvolverse implica, además, un cuidar (Heidegger, 2004, p. 114). El mero ser-en-el-mundo implica ese saber-desvolverse en las circunstancias, las



cuales determinan todas y cada una de las posibilidades existenciales. Son las circunstancias las que determinan la existencia, pero estas circunstancias no son predeterminadas, sino que se conforman respecto de los propios avatares de la existencia y de las cosas que acaecen en el mundo y que constituyen ese saber-desenvolverse. Esto es, no parece haber, en el fondo, una verdadera autonomía y, por ende, no es posible apelar a la trascendencia para escapar de ellas, sino que hay una suerte de esclavitud respecto de las circunstancias.

Pero en el mundo hay una infinidad de factores que marcan a cada uno de múltiples y variadas maneras, por lo que no se pueden extrapolar las circunstancias propias a los demás ni viceversa. De este modo, cada mundo se divide en un espacio parcelado para cada cual, en que se señala la particularidad de cada uno conforme a su propia subjetividad. Eso sí, siempre se está atravesando de continuo el vallado de los demás en el terreno propio singular por mor de las circunstancias compartidas.

Esto que parece tan sencillo es lo que hace aguas en las conjeturas de Binswanger antes puestas en duda. Para él, sólo el amor implica el cuidado (*Sorge*) (Binswanger, 1953, p. 42) y no las meras circunstancias dadas en el mundo. Pero esto implica que el cuidado no pueda ser considerado como una estructura ontológica, como un saber-desenvolverse en el mundo, sino que sería un fenómeno óntico, fáctico, esto es, una especie de impulso del individuo que está en el mundo y no algo plenamente originario de la existencia en cuanto tal. De ahí el cuestionamiento por parte de Heidegger de la hipótesis binswangeriana (Borges-Duarte, 2021, p. 188-190). Binswanger limita su interpretación al cuidado intramundano, esto es, circunscrito al mero trato cotidiano, pero trata de elevarlo a lo trascendente, dotando a los demás, con los que se comparte mundo, un sentido ajeno al propio mundo: esto es, parece, en la recepción binswangeriana de los planteamientos de Heidegger, que el otro no comparte mundo, sino que es algo que viene dado a la existencia de manera ajena: es como si el mundo y el otro fueran dos esferas en las que la existencia está inmersa, pero que constituyen realidades totalmente independientes entre sí. Eso lleva al psiquiatra suizo a una posición subjetivista que roza peligrosamente la frontera con el solipsismo.



Pero el problema es, si cabe, todavía más complejo, porque el correlato mediante el que Binswanger expone la existencia ya no es el trato cotidiano para con el mundo (Heidegger, 2006, pp. 126-129), sino el amor: no se busca lo indiferente, sino justamente lo diferente y esa diferencia es lo que permite trascender (Binswanger, 1953, p. 176). Esto evidencia que Binswanger renuncia a la ontología y se restringe a lo antropológico, pero entendido como que hay una manera de ser propia y esencial de lo humano como tal y cuya espina dorsal es el amor (Borges-Duarte, 2021, p. 185). Pero esto no es así en Heidegger, Binswanger presenta el amor como alternativa al cuidado, pero ese no es el sentido heideggeriano del cuidado, sino que se limita al mero pre-ocuparse y no al saber-desenvolverse, por lo que expone no un ser-en-el-mundo, sino, más bien, un estar-dentro-del-mundo, reduciendo gravemente el concepto heideggeriano y cayendo en los mismos errores que toda la tradición metafísica anterior (Gilabert, 2016a).

El cuidado no es un comportamiento ni un sentimiento, tampoco una apertura a un proyecto vital, sino un existenciario (Heidegger, 2006, p. 198). Binswanger se centra en la estructura del ser-en-el-mundo para desarrollar sus supuestos, pero no contempla la interacción de este existenciario con los demás: ni con el ser-con-los-otros (*Mit-einander-Sein*), que lo considera una esfera independiente (Binswanger, 1953, p. 29), ni mucho menos con el cuidado. Es decir, se centra sólo en un primer abordado fenomenológico: el hecho de que se "es" en el mundo... pero nada más. Binswanger no comprende que el ser-en-el-mundo tiene como referente fundamental la propia comprensión del mundo, el mismo saber-desenvolverse.

3. Una falta de asideros

Todo el rodeo binswangeriano expuesto es necesario para tratar de representar algo así como un mundo, pero no representar en el sentido de un "traer a la presencia", sino en el sentido de la imagen de una entidad, valga la redundancia, dadora de sentido. Sin mundo no hay sentido. Esa es la intuición fundamental de Heidegger de la que no se responsabiliza Binswanger, para quien el mundo en muchos casos parece un mero escenario en el que se dan las cosas. Pero es que ese es precisamente el sentido por el que el mundo se presenta sólido en la cotidianidad media, en ese *das Man* tan inquietante que Heidegger describe en *Sein und Zeit* (Heidegger, 2006, p. 126-129). Ahí el mundo se



muestra como algo sólido, una estructura en la que los cambios que en el mundo en cuanto tal acaecen no es posible que sean percibidos: la cotidianidad es la terrible dictadura de lo igual, en tanto que no se aprecia ningún movimiento que altere de ninguna manera los afectos: en ella todo es plano, pues en ella rige con mano de hierro el tedio (Heidegger, 1983, p. 228-229). De este modo, el mundo se convierte en una especie de bloque sin fisura alguna, compacto y, sobre todo, estable, irguiéndose frente a la existencia y sirviéndole de apoyo a ésta.

Pero esto dado así en la existencia cotidiana, no ocurre de manera similar cuando se padece un estado depresivo. La depresión devela una existencia tal en la que todo ese mundo presentado como sólido se derrumba. Todo parece falto de fundamentos. Los pilares sobre los que la vida cotidiana se sostienen resultan ahora que están forjados a partir de materiales frágiles, e incluso es posible que ni siquiera posean una existencia real, sino que no son más que un útil imaginario con el que cuadrar el sistema de lo ordinario y que no quede algo así como un sustento sobre la nada. En el estado deprimido se revela la nada que "sostiene" al mundo. ¿Qué pasa con la nada?

Heidegger trata de resolver la pregunta por la nada en *Was ist Metaphysik?* Allí señala que la nada "nadea", que es nada, o, lo que es lo mismo, la falta absoluta de ser (Heidegger, 1976, pp. 103-122). La nada es una cuestión que no atañe a ninguna ciencia, ni siquiera a las ciencias de la psique. La nada es rechazada por la ciencia (Heidegger, 1976, p. 106). Pero hay un estado psíquico, la depresión, que pretende ser tratado mediante la ciencia, y dicho estado revela la nada (Lowen, 1993, p. 80), precisamente lo que científicamente no se puede contemplar, porque no se quiere saber de ella, y se da como algo que "es" obvio pero que, sin embargo, "no-es".

De este modo el mundo se queda sin asideros, no ya sólo porque a través de la depresión se revela que no hay ningún fundamento, o, más bien, que el fundamento último de lo real sea la nada, sino porque el asidero que permite afianzarse frente a la falta de cimientos fruto de semejante estado también se difumina. De ahí la pregunta por el trato con la nada en clave terapéutica respecto de las diversas disciplinas tradicionales de la psique. Obviamente es una cuestión de método. El método científico hegemónico, el que



toma el modelo del cálculo, no es útil para tratar el problema de la nada (Gilabert, 2022): no puede ser, en una reducción simplista y burda, que a un paciente se le pueda medir su cantidad de depresión y en función de ello aplicarle también un remedio mensurable farmacológico: si usted tiene sesenta unidades de depresión en la escala de Montgomery-Asberg, tome dos miligramos de farmacoepa para reducirla a veinte, que son las unidades tolerados por el organismo para poder ser feliz³. Esto no va así, sobre todo porque, en relación a la terapia, no se trata de un enfermo, sino de un paciente: de entrada, señala la dimensión *páthica* de la relación de éste con su enfermedad (Bağ, 2023), algo que está más allá de todo cálculo. Pero es que el cálculo que se emplea como instrumento de rigor científico no sirve aquí, pues, como señala Heidegger en Zollikon, aunque sea posible medir el número de lágrimas e incluso la sal que hay en cada una de ellas, la tristeza no se puede medir (Heidegger, 1987, pp. 105-106).

Por ello es necesario entonces el recurso a otro método de psiquiatría. Pero ello no significa que este método sea distinto del método de la ciencia, que sea un método acientífico, abriendo así la puerta a las pseudoterapias, sino que más bien la ciencia es una actitud que tiene el ser humano para con el mundo (Heidegger, 1976, p. 103), casi una misión espiritual (Heidegger, 2000, p. 108). El problema es la confusión que hay entre ciencia, que trata de lo ente, y cálculo, que rige sólo la mensurabilidad de lo ente (Gilabert, 2016b, pp. 94-95). La ciencia, al modo en que se entiende en la trama moderna de calculabilidad, sólo sirve para medir el mundo, el ente "mundo", pero esas mediciones impiden sostenerlo: el mundo se queda sin asideros. Y eso se ve cuando los estados anímicos fundamentales que describe Heidegger en su camino de pensar, primero la angustia (Heidegger, 2006, pp. 180-190; Heidegger, 1976, p. 112) y luego el tedio (Heidegger, 1983), atenazan la existencia y la ponen ante la nada. Porque la depresión, al fin y al cabo, es un trastorno de ánimo, de los afectos.

Desde las particularidades de dichos afectos, es posible desarrollar toda una trama que permita establecer una fenomenología de la nada conforme al temple anímico. Pero tal desarrollo supone algo que excede las pretensiones de este estudio. De ahí que sólo

³ Por supuesto, este estudio no cuestiona el procedimiento que se emplea en dicha escala ni si los estudios de A.S. Montgomery y M.A. Asberg tienen validez o no. Se trata simplemente de exponer que las modernas ciencias de la psique confían su efectividad en base a la mensurabilidad, al cálculo



quede entonces señalar que estos afectos fundamentales (la angustia y el tedio) han de ser analizados previamente, no como una ciencia previa, sino en tanto que una pre-ciencia, esto es, algo que es anterior a la ciencia misma y que no es una ciencia misma. Sólo desde una fenomenología de los afectos como algo anterior a cualquier intento de ciencia, se puede tratar con la afectividad misma a resultados de la ciencia, que, como se indica más arriba, no deja de ser una actitud que se tiene para con el mundo. Dicha actitud científica pone en conexión lo aquí tratado con la problemática del trato de la depresión a través de la fenomenología hermenéutico-existencial de Martin Heidegger.

Bibliografía

- Alemán, J. & Larriera, S. (2009). *Desde Lacan: Heidegger. Textos reunidos*. Gómez.
- Arciero, G.; Bondolfi, G. & Mazzola, V. (2018). *The foundations of phenomenological psychotherapy*. Springer.
- Bak, A. (2023). Llegar a ser (im)paciente. *En-claves del pensamiento. Revista de filosofía, arte, literatura, historia*, 33, 607.
- Binswanger, L. (1953). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Niehans.
- Borges-Duarte, I. (2021). *Cuidado e afectividade em Heidegger e na análise existencial fenomenológica*. Sistema Solar-Documenta.
- Boss, M. (1979). *Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse. Wege zu einem neuen Selbstverständnis*. Baulino.
- Brencio, F. (2022). *La cura. Dall'oggetto alla relazione*. Castelvecchi.
- Cabestan, P. & Dastur, F. (2011). *Daseinsanalyse. Phénoménologie et Psychiatrie*. Vrin.
- Condrau, G. (1973). *Medard Boss zum 70. Geburtstag*. Huber.
- Denker, A.; Groth, M.; Jenewein, J. & Zaborowski, H. (Eds.) (2023). *Heidegger und die Psychiatrie*. Alber.
- Gay, P. (1989). *Freud: A Life for Our Time*. Anchor.
- Gilbert, F. (2016a). Heidegger en torno al error de la Modernidad: la crítica al dualismo cartesiano de cuerpo y alma (*Sein und Zeit*, parágrafos 19, 20, 21). *Daimon. Revista Internacional de Filosofía. Sup. 5: Filosofía y cuerpo desde el pensamiento grecorromano a la actualidad*, 89-98.



- Gilabert, F. (2016b).” Heidegger y la terapia como ciencia moderna. A propósito de los *Seminarios de Zollikon*”. *La filosofía como terapia en la sociedad actual: Desafíos filosóficos de nuestro tiempo*. Fénix.
- Gilabert, F. (2022). *Fundamentum Scientiae*. Heidegger y el no pensar de la ciencia moderna. *Azafea. Revista de Filosofía*, 24, 187-199.
- Gilabert, F. (2023). De un ocuparse de las circunstancias. El sentido del cuidado (*Sorge*) en la obra de Martin Heidegger *Der Begriff der Zeit* (1924). *Tópicos. Revista de Filosofía*, 65, 225-243.
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Fim de Século.
- Heidegger, M. (1976). *Wegmarken (GA 9)*. Klostermann.
- Heidegger, M. (1983). *Die Grundbegriffe der Metaphysik. Welt – Endlichkeit – Einsamkeit (GA 29/30)*. Klostermann.
- Heidegger, M. (1987). *Zollikoner Seminare. Protokolle–Zwiegespräche–Briefe* (Hg. M. Boss). Klostermann.
- Heidegger, M. (2000). *Reden und andere Zeugnisse eines Lebensweges (GA 16)*. Klostermann.
- Heidegger, M. (2004). *Der Begriff der Zeit (GA 64)*. Klostermann.
- Heidegger, M. (2006). *Sein und Zeit*. Niemeyer.
- Heidegger, M. (2017). *Zollikoner Seminare (GA 89)*. Klostermann.
- Safranski, R. (1994). *Ein Meister aus Deutschland. Martin Heidegger und seine Zeit*. Hanser.
- Letteri, M. (2009). *Heidegger and the question of psychology. Zollikon and beyond*. Rodopi.
- Lowen, A. (1993). *Depression and the Body. The Biological Basis of Faith and Reality*. Penguin.
- Petzet, H.W. (1983). *Auf einem Stern zugehen. Begegnungen und Gespräche mit Martin Heidegger 1929-1976*. Societäts.
- Silva, J.L.L.L. & Cecchini, M.V.G. (2015). Articulação entre Hermenêutica e Fenomenologia para uma Clínica Psicológica com Bases Heideggerianas. *Revista da abordagem gestáltica. Phenomenological Studies*, 21.1, 74-82.



Spiegelberg, H. (1972). *Phenomenology in Psychology and Psychiatry: A Historical Introduction (Studies in Phenomenology and Existential Philosophy)*. Northwestern University Press.

Xolocotzi, Á. & Gibu, R. (Eds.) (2016). *Temple de ánimo y filosofía. Consideraciones heideggerianas sobre la afectividad*. ALDVS/BUAP.

Xolocotzi, Á. & Tamayo, L. (2012). *Los demonios de Heidegger. Eros y manía en el maestro de la Selva Negra*. Trotta.



La depresión desde una mirada fenomenológico-estructural

Isabel González

Patricia Álvaro

José M. López-Santín

Resumen

El concepto de depresión ha perdido parte de su valor clínico informativo en psiquiatría al servir de paraguas conceptual para englobar una variedad experiencial que queda homogeneizada bajo una serie de síntomas organizados como definición operacional a partir de determinados criterios. Sin embargo, los síntomas psiquiátricos no se adecúan bien al modelo médico del síntoma por las particularidades de su “objeto”. Para sortear los impuestos por el propio campo de estudio, se revisan la recepción de la fenomenología en la psiquiatría, algunas aproximaciones a la depresión melancólica desde una perspectiva fenomenológico-estructural y la propuesta de Stanghellini para una tipología de la depresión.

Palabras clave: Psicopatología, Fenomenología, Estructural, Depresión, Melancolía, Antropología.

1. Introducción

El concepto de depresión es un concepto de uso común y generalizado en el ámbito público y que viene a ser equivalente en su uso práctico a la tristeza persistente en el tiempo. Sin embargo, en psiquiatría se trata de un concepto que significa una entidad clínica reconocible por una variedad sintomatológica regular en el tiempo.

La cuestión de la difuminación de los contornos de la “depresión” en el ámbito clínico ha sido tratada a lo largo de la historia de la psiquiatría y psicopatología. Algunos han optado por excluir o evitar el término por su ambigüedad semántica y han optado por



el uso de “melancolía” para determinar un cuadro clínico claramente definido y diferenciable (Binswanger, 1960/2006). Otros han preferido caracterizar la “depresión” en función de determinados aspectos clínicos, evolutivos, relacionados con las causas supuestas o con la edad de inicio, entre otros aspectos resaltados propuestos. Depresión reactiva, endógena, vital, existencial, neurótica, involutiva, psicopática, vegetativa, son algunos ejemplos (Vallejo, 1999).

Lo que queda claro es que en la práctica clínica habitual se evidencia que lo que comúnmente se nombra como “depresión” es un fenómeno complejo y heterogéneo que se manifiesta de diversas maneras en las personas afectadas. Se trata de un término que presenta limitaciones obvias para la clínica y la investigación ya reseñadas (Parker, 2005). El uso del término en singular, “la depresión”, no refleja bien su carácter polisémico induciendo así a error. Parece sugerir que “la depresión” es una entidad clínica unitaria, unívoca y bien definida por la presencia de, al menos, una serie de síntomas de entre un conjunto arbitrariamente establecido y ampliamente impuesto con el avance de la psiquiatría operacional de las últimas décadas. Esta perspectiva se focalizaría en aquellos fenómenos que a priori se han considerado importantes como índices de diagnóstico, conduciendo a la clasificación de las quejas según categorías de diagnóstico predefinidas (“*ticking boxes*”) (Stanghellini, 2023c).

Sin embargo, la semiología médica sobre la que se funda la psiquiatría hegemónica no es apropiada al objeto de la psiquiatría. Ni los síntomas en psiquiatría responden a una lógica de remisión causal conocida, ni las definiciones de los síntomas psiquiátricos incluyen todos los ejemplos/particulares del universal. Esto comporta que la identificación del síntoma siempre precise de información contextual (subsignificante, por no estar explícitamente formulada en la definición tipo). Podemos decir que, en el proceso de tipificación del síntoma como tal uno o tal otro, la información contextual sobre los fenómenos expresados y comunicados en consulta es constitutiva del mismo (Rejón, 2016).

La tarea de la psicopatología, como actividad reflexiva que estudia los fenómenos psíquicos y la experiencia subjetiva anormal, es la de crear un lenguaje y unas objetividades (síntomas-signos) que permitan dotar de inteligibilidad aquello que se nos



presenta en el encuentro psiquiátrico. La fenomenología, en sus distintas derivas, ha sido y es, un apoyo fundamental en esta tarea que data de largo.

2. Los inicios de la fenomenología en la psicopatología

Se considera a Karl Jaspers el introductor de la fenomenología como metodología útil en el ámbito de la psiquiatría a partir de su obra “Psicopatología General” (Jaspers, 1913/2014). Su trabajo inaugura la psicopatología como ámbito de reflexión conceptual y metodológica que sirva de base para la práctica psiquiátrica. A partir de la distinción que realiza entre síntomas objetivos y subjetivos, y otorgándoles un lugar de primacía a estos últimos, se ocupa de emplear algunos supuestos de la fenomenología de Husserl para el estudio de los fenómenos mentales. Si bien hay un debate perenne acerca de las influencias husserlianas o kantianas en el trabajo de Jaspers, hay consenso en señalarlo como el introductor de la subjetividad en el campo de la psiquiatría, así como de la búsqueda de una descripción lo más fidedigna posible de los hechos psíquicos más allá de prejuicios y presuposiciones. Jaspers elabora un trabajo de andamiaje conceptual de la tarea psicopatológica y explora las metodologías más adecuadas para el análisis de los fenómenos psíquicos. El trabajo que nos lega en su obra parte de un pluralismo metodológico para hacerse con un “objeto”, que es tan biológico como histórico o social. Jaspers apela así a la fenomenología de Husserl, pero también a la psicología de Wundt, Lange o Klages, la sociología de Weber o Dilthey, la literatura de Dostoievsky, Kafka o Ibsen, la pintura de Kandinski o la filosofía de Kant, Kierkegaard y Nietzsche, entre otros.

Diferenciando los síntomas objetivos de los subjetivos, introduce la voz del sujeto-paciente, la experiencia subjetiva y personal en la reflexión psicopatológica y la práctica psiquiátrica. Sin embargo, descarta otros aspectos metodológicos de la fenomenología de Husserl por considerarlos más propios del ámbito de la filosofía como ciencia universal y no empírica a diferencia de la psicopatología como ciencia empírica. La suya será una fenomenología descriptiva. Su trabajo tendrá continuidad en el de otro psiquiatra de la Escuela de Heidelberg, Kurt Schneider. Éste va a orientar principalmente su trabajo hacia la práctica clínica a partir del trabajo conceptual que Jaspers había elaborado para crear un puente entre la psicopatología descriptiva y la nosografía. Así, en 1946 publica *Psicopatología Clínica* (Schneider, 1946/1999) donde trata de delimitar los tipos



morbosos, que no enfermedades como explícitamente afirma, de la ciclotimia y la esquizofrenia a partir de la percepción delirante, o de la depresión endógena de la depresión reactiva por la tristeza vital derivada de la estratificación de las emociones y valores de Max Scheler. Más que en el *Dasein* (Ser-Ahí), del que no hay conocimiento a priori, va a focalizarse en el *Sosein* (Ser-Así), que viene vehiculizado bajo unas condiciones que es posible determinar a priori. Así, va a elaborar una conceptualización que intente abarcar las distintas modalidades en que se produce una ruptura de la legalidad de sentido y tratar de determinar lo que aparece dirimiendo entre forma y contenido. Más que la comprensión de los contenidos, va a situar el trabajo psicopatológico en la comprensión de las formas morbosas de las vivencias. Las formas anormales de vivencia no pueden ser comprendidas en cuanto revividas por el sujeto normal, solo pensadas (son vivencias estructuralmente anómalas que no se dan en el Hombre normal). Así, distinguirá netamente entre la depresión ciclotímica (de la esfera vital) en que se quiebran las leyes y normas de continuidad de sentido del desarrollo vital y la depresión de fondo (*Untergrund*), depresión o malhumor irritable de fondo (*Hintergrund*) y la depresión reactiva, en que no se da una ruptura total de la continuidad de sentido.

La psicopatología que encarnan estos dos psiquiatras, si bien “descubre” la validez, eficacia y utilidad de la mirada fenomenológica para la psiquiatría, muestra algunos límites internos derivados de la recepción de la fenomenología de Husserl que hacen y termina por desembocar, después de varias idas y venidas y bajo condiciones concretas históricas, en el operacionalismo rampante actual.

Sin embargo, se puede delinear una segunda recepción de la fenomenología a partir del trabajo de Ludwig Binswanger. Éste, al igual que Jaspers, trabaja en la búsqueda de unos fundamentos sólidos para la psiquiatría, partiendo de su posición ambivalente entre mera biología y humanidades. La recepción de la fenomenología de Husserl por parte de Binswanger se desarrolla a partir del diálogo con el trabajo de la psicopatología objetiva de Jaspers (Escuela de Heidelberg) y de la psicopatología reductiva de Freud (psicoanálisis) y a través de la búsqueda del lugar de la psiquiatría en el campo científico (Ramos, 1988). Así, se puede decir que Binswanger practicará una verdadera psiquiatría fenomenológica que asuma la intencionalidad y el antipsicologismo como constantes fundamentales de la fenomenología, y empleará los conceptos y la metodología fenomenológica para ir “a las cosas mismas” (intuición, reducción fenomenológica y



trascendental, constitución trascendental), en nuestro caso a los fenómenos que se presentan en el encuentro clínico entre clínico y paciente (Ramos, 2006).

Si bien es Binswanger el que elabora un trabajo metodológico riguroso y continuado a lo largo del tiempo, podríamos citar otros autores de la época (E. Strauss, E. Minkowski, V. von Gebattel, por citar los más relevantes) que contribuyen con aportaciones psicopatológicas que parten de una actitud fenomenológica (Spiegelberg, 1972). Esta recepción es la que no ha dejado de tener influencia hasta el presente como se puede ver en los trabajos de J.Parnas, T. Fuchs o G. Stanghellini, entre otros (Molaro, 2020).

Este proceder psicopatológico orientado fenomenológicamente no da valor únicamente a los síntomas manifiestos, sino también a la estructura de experiencia desde la que se organizan y manifiestan todos los fenómenos. Los fenómenos no pueden separarse de la estructura de la que emergen. El síntoma, como índice de algo a lo que remite y no es visible manifiestamente, deja paso al fenómeno, como aquello que se da y que tiene valor por sí mismo. El fenómeno informa de lo dado, pero también de la totalidad de la persona de la que emerge como fenómeno. Se da un doble nivel en la experiencia psiquiátrica. Un nivel empírico y un nivel trascendental, a priori o estructural. Es por ello por lo que podemos hablar de una psicopatología estructural o trascendental.

Binswanger, partiendo del trabajo de su primera época en la que elabora el trabajo crítico de situar a la psiquiatría como ciencia y definir su objeto y la metodología más apropiada a éste, elabora lo que denomina como analítica existencial (*Daseinanalyse*) en la que, partiendo del trabajo de Heidegger en *Ser y Tiempo*, caracteriza la existencia humana como ser-en-el-mundo y analiza los mundos constituidos en casos diagnosticados de esquizofrenia (Binswanger, 1956/1972) o de manía (Binswanger, 1933/2003). En una posterior fase, y tras la recepción de los trabajos del Husserl tardío sobre la constitución y el concepto de mundo, y sin olvidar nunca lo ganado previamente, elabora un análisis de los momentos constitutivos del mundo de las personas melancólicas y maníacas (Binswanger, 1960/2006) y esquizofrénicas (Binswanger, 1965/1997). Si bien estamos diferenciando aquí a partir de diagnósticos clínicos, Binswanger mantiene siempre una actitud fenomenológica en la que lo primordial es atenerse a la experiencia y partir del



ser humano como existente caracterizado por la comprensión y no partir de diagnósticos que mutilan la mirada desde los prejuicios y presuposiciones que comportan.

3. Fenomenología clínica de la depresión

En sus desarrollos durante el siglo XX, la psiquiatría fenomenológica (podríamos hablar más bien de fenomenología clínica si incluimos a la psicología y psicopatología fenomenológica) ha descrito fenómenos típicamente depresivos y ha establecido diferentes tipologías de depresión en relación con las diversas formas/configuraciones/estructuras depresivas.

La psiquiatría fenomenológica se ha ocupado de aprehender la esencia de la pluralidad de fenómenos dados en el encuentro clínico y del análisis de la experiencia subjetiva a partir de la *epoché* fenomenológica y trascendental. Se trata de superar la objetivación ingenua sobre aquello dado en el encuentro con el paciente y que termina destilando en la identificación de síntomas psiquiátricos predefinidos de antemano, para partir de la situación del encuentro y dar valor a la experiencia en primera persona y la experiencia intersubjetiva en segunda persona que se da entre clínico y paciente. Una mirada que pretende superar la lógica de la remisión causal para trabajar con una lógica distinta a la del signo. Se sustituye el modelo inferencial por un modelo perceptivo/tipológico. Lo dado, ya no es mirado a partir de la lesión o enfermedad a que puede remitir, sino a partir de la manera de vivir del sujeto que lo manifiesta en el encuentro clínico. Apelar a una “manera de vivir”, a una “forma de vida”, a un “mundo de la vida” (*Lebenswelt*), es dirigir la mirada a una estructura de subjetividad (como subjetividad encarnada y situada inseparable del mundo que habita y constituye) que hace posible la emergencia de las experiencias anormales y su organización en trastornos mentales.

A lo largo de la historia de la psiquiatría del siglo XX podemos sondear distintos trabajos en esta línea. Trabajos que, partiendo de la relación clínico-paciente, y a partir de los fenómenos observados y comunicados, buscan comprender la experiencia del paciente a partir de la estructura de la subjetividad del mismo, a partir de su forma de



subjetivación de la experiencia. En este sentido, revisaremos muy brevemente los trabajos sobre la melancolía de Minkowski, Binswanger y Tellenbach.

Eugene Minkowski, si bien no se puede considerar un fenomenólogo en un sentido estricto (está más influido por la filosofía de Henri Bergson, aunque también de Scheler y Husserl), destaca por su radical conceptualización de la fenomenología psiquiátrica como método de “penetración” en la estructura de experiencia, ya que entiende los trastornos psiquiátricos como afectación de estructuras básicas de la experiencia del ser humano (Urfer, 2001). En su aproximación psicopatológica establece lo que llama “principio del doble aspecto” y diferencia dos niveles: uno que denomina ideo-afectivo, de síntomas manifiestos, y otro al que tilda de estructural. Algo que se ha considerado análogo a la distinción de Husserl entre noemático y noético. Este segundo aspecto, el estructural, lo entiende como configuraciones temporales-espaciales de la experiencia desde las que emergerían los síntomas. La estructura jugaría así un papel constitutivo, contribuyendo a los sucesivos síntomas manifestados. Elabora un concepto original, el de “trastorno generador”, que podría definirse como “núcleo que subyace a los síntomas manifiestos en todas sus variedades y que los mantiene conectados de forma significativa” (Urfer, 2001). Algo similar a lo que Stanghellini y Rossi Monti bautizaron como “organizador psicopatológico” hace unos años (Rossi Monti, 1996).

En lo que concierne a la melancolía depresiva, a partir de un caso concreto con el que convive personalmente varios meses, señala como esencia la modificación de la experiencia del tiempo. Con “esencia” nos referiremos aquí a un fenómeno que aparece en todos los fenómenos del cuadro depresivo y que les da comprensibilidad como estructura. Por tanto, puede concluir que en la melancolía el trastorno generador es la alteración del tiempo vivido. Un fenómeno que describe y analiza con profundidad en su trabajo sobre el tiempo vivido (Minkowski, 1933/2008).

En una línea similar, Ludwig Binswanger en su estudio sobre la melancolía, considera que no es suficiente entender la melancolía analizada desde el estado de ánimo y señala también como esencia de la melancolía depresiva la modificación de la vivencia del tiempo (Binswanger, 1960/2006). Pero no se trata de la transformación del tiempo vivido/objetivo (psicológico, constituido, y objetivado como pasado-presente-futuro), ya que el sujeto depresivo puede reconstruir la historia de su vida de manera cronológica. La



alteración básica residiría según su análisis en la misma conciencia trascendental del tiempo, que identifica como tiempo fenomenológico (constituyente, equiparable a subjetividad, y que puntualiza como presente del pasado, presente del presente, y presente del futuro).

Si Minkowski se focaliza en el tiempo vivido, Binswanger lo va a hacer en el tiempo viviente. El primer tiempo es un tiempo mundano, constituido. El segundo es un tiempo fenomenológico, constitutivo. La primera investigación se centra en cómo se constituye la objetividad temporal (los objetos temporales noemáticos o intencionales, pasado-presente-futuro) en la conciencia temporal subjetiva. La segunda investigación se centra en los momentos intencionales constitutivos y estructurales de los objetos temporales (pasado-presente-futuro) como protentio-presentatio-retentio. Estos momentos son el a priori de la constitución de los objetos.

Binswanger no plantea una psicología de la experiencia interna, ni una psicología de la experiencia vivida, ni una fenomenología del tiempo vivido (como en Minkowski), sino una fenomenología trascendental. Afirmará que ni la experiencia interna ni la vivida pueden constituirse en datos último de la ciencia, puesto que sería un modo de psicologismo. El trabajo de Binswanger será así un análisis trascendental de los momentos constitutivos o estructurales del mundo, remitiendo cada objetualidad constituida a una estructura esencial correlativa de la intencionalidad que la constituye.

Por su parte, Hubertus Tellenbach continúa las líneas de la psiquiatría fenomenológico-antropológica iniciadas por Binswanger, von Gebasattel y Zutt. Su aportación más original es la del concepto de "endon" para determinar la región de lo endógeno, un ámbito distinto de lo somatígeno y lo psicígeno, y que incluye tanto la esquizofrenia como la ciclotimia o psicosis maniaco-depresiva. Tellenbach sitúa la melancolía entre las psicosis endógenas. Lo que caracteriza al endon o la región de lo endógeno es que se encuentra más acá de lo somático y lo psíquico, como ámbito previo a la escisión que compartimentaliza al Hombre en distintas esferas. No es ni lo apersonal biológico, ni lo personal en el sentido del reino de las decisiones existenciales, sino lo que precede a todo esto, porque lo hace posible y lo acuña. Empleando las palabras de Goethe dirá Tellenbach que es aquello que "configura desde el interior" o una "forma acuñada que viviendo se desarrolla" (Tellenbach, 1969). Trata de superar así el debate excluyente



del momento entre proceso-desarrollo, biología-personalidad, explicación-comprensión iniciado por Jaspers, encontrando una forma de conectar lo somático y lo psíquico, la persona y el mundo por medio del endon. Así, el endon se manifiesta en los fenómenos rítmicos de la vida, los fenómenos de maduración o los fenómenos propios del movimiento, la cinesis vital, el devenir o acaecer-del-vivir (Tatossian, 1992/2003).

Para adecuarse a las peculiaridades del Hombre como objeto, emplea un proceder intuitivo que procura atenerse a la experiencia inmediata en la cotidianidad para percibir aquellas propiedades estructurales que son el origen desde el cual los fenómenos se generan. Esas propiedades estructurales las va a buscar a partir de las categorías con que se piensa al Hombre en la analítica existencial de Heidegger. Partiendo de la vida como movimiento, categorizado como tiempo, va a proceder al estudio de la melancolía. Y es que en el carácter temporal de la vida encuentra Tellenbach la posibilidad de aprehender el rasgo más significativo de la endogeneidad. Para proceder a su estudio de forma sistemática, va a apoyarse en el trabajo de Heidegger en tanto es la temporalidad la que determina el Hombre (*Dasein*) como un todo (Ramos, 1999).

En su monografía sobre la melancolía (Tellenbach, 1974/1976) identifica una forma antropológica de personalidad que denomina *Typus Melancholicus* (TM). La noción que emplea es la de “tipo” y conviene aclarar su significado en este ámbito. Se trata aquí de un término que es inseparable del de situación. La situación es lo producido por lo típico de la persona. El tipo constituye como su situación, en el modo en que se produce y se desarrolla, el contexto de remisiones a los demás y a las cosas, la conexión de referencias intramundanas. Es decir, el tipo se sitúa según su propia especificidad. El tipo completamente fundado no es más que una potencialidad específica sustentada sobre la herencia y la disposición, la posibilidad de un fenotipo específico que, entre las fuerzas presentes en el ambiente (familiares o extrafamiliares), selecciona aquellas afines a una cierta potencialidad específica (Tatossian, 1992/2003). Se trata así de una tipología cinética. Indica un peculiar modo de vivir la persona la relación con el propio mundo en un interminable intercambio recíproco. Señala también la relación entre el evento y la persona, pues cada persona puede teóricamente encontrar cualquier tipo de evento, no obstante, tiende a ir al encuentro de las situaciones que lo caracterizan.



Dirigiendo nuestra mirada a las características del TM, vemos que Tellenbach señala dos características típicas del mismo, la ordenalidad y la concienciosidad, mientras que Alfred Kraus, focalizándose en el modo de ser social de estas existencias, señala otras dos, la hiper y heteronomía y la intolerancia a la ambigüedad (Ambrosini, 2011). No nos detendremos aquí en cada una de estas por cuestiones de espacio, pero podemos afirmar que se trata de fenómenos identificables a partir del encuentro con pacientes melancólicos que dan cuenta de un modo característico de inserción en el mundo. Este orden de existencia se ve amenazado a partir de estas características estructurales del TM, que disponen el paso de la premelancolía a la melancolía. Tellenbach establece dos tipos de constelaciones necesarias para comprender ese tránsito, includencia y remanencia, una vinculada a la espacialidad y otra a la temporalidad respectivamente. Si la includencia se caracteriza por un extremado intento de mantener su orden y en la necesidad de superarlo excediendo sus propios límites (por ejemplo, en casos de mudanza o de jubilación), la remanencia se caracteriza por el peligro de quedar atrás respecto a sus propias expectativas y la emergencia del deber generando una deuda que progresivamente detiene la fluencia, el movimiento, la cinesis en que consiste el vivir.

Se trata por tanto de un trabajo de comprensión, el de Tellenbach, que conecta una forma de existencia, una particular forma de compromiso con el mundo, con la vulnerabilidad a la emergencia de una determinada forma psicopatológica de depresión bajo determinadas condiciones situacionales. En esta línea revisaremos ahora algunos trabajos actuales.

4. Tipología de la depresión desde la psicopatología fenomenológico-estructural

En la actualidad, Giovanni Stanghellini, situándose en un marco psicopatológico fenomenológico-estructural (Stanghellini, 2010), ha señalado distintas tipologías depresivas más allá de la etiqueta homogeneizadora de la diversidad existente bajo el paraguas de “depresión” (Stanghellini, 2023c).

Stanghellini señala las limitaciones del modelo sintomático o sindrómico de la depresión y a partir de la organización estructural de los diversos aspectos



fenomenológicos observados y descritos en el encuentro con el paciente, identifica cuatro formas depresivas prototípicas que se sustentan en cuatro formas antropológicas distintas (formas de existencia caracterizadas por un valor moral dado). Los valores nucleares que organizan cada una de estas estructuras y el posicionamiento que el paciente adopta frente a su experiencia (algo que otorga a su aproximación psicopatológica su carácter dialéctico), conforman en gran medida la expresión clínica de la experiencia depresiva. El Yo debo del *homo melancholicus*, el Yo quiero del *homo dissipans*, el Yo puedo del *homo œconomicus* y el Yo no puedo del *homo neuroticus*, serían los prototipos de matriz antropológica desde la que emergería la depresión en sus distintas expresiones.

Si bien los trabajos sobre depresión melancólica y depresión neurótica vienen de lejos, Stanghellini centra su atención en los nuevos desarrollos depresivos muy ligados al mundo social contemporáneo. Tanto el *homo dissipans*, fundamentado sobre el imperativo del Yo quiero, como el *homo œconomicus*, fundamentado sobre el imperativo del Yo puedo, forman parte del panorama habitual de las consultas de psiquiatría y psicología.

El *homo œconomicus* es un prototipo antropológico de la fase neoliberal del capitalismo tardío que Foucault pone de manifiesto en sus últimos escritos y entrevistas, con la figura del emprendedor como paradigma, y sobre la que el filósofo Byung Chul-Han profundiza en sus entresijos y su relación consigo mismo, los otros y el mundo que habita y constituye. Bajo el imperativo ético de la utilidad y la optimización, se constituye una forma de subjetivación en la que “ser” se correlaciona directamente con “hacer”. Así, la exigencia del éxito, la autoexplotación, el individualismo y narcisismo del que emerge o el fracaso como vaciamiento de la subjetividad, son algunas de sus características. Su situación límite pre-depresiva partiría del fracaso del proyecto personal, del descalabro irremediable del ser-capaz-de-hacer, y las características clínicas de la depresión se caracterizarían por la insolvencia psíquica, es decir, por el agotamiento, la sensación de quiebra y la pérdida de la capacidad de poder. (Stanghellini, 2023a).

Por su parte, la conceptualización del *homo dissipans* como figura de la modernidad tardía, pero justamente contrapuesta a la del *homo œconomicus*, parte de la literatura de Baudelaire y su descripción del *spleen* como estado afectivo y de los escritos de George Bataille. Stanghellini señala algunas características de esta figura prototípica



de la modernidad tardía entre las que podemos señalar el gasto, el exceso y el dispendio de vitalidad sin finalidad aparente y fuera de la compostura y la razonabilidad y que se oponen a la posición típicamente burguesa del ahorro, la compostura, las formas, la razón, etc. Una figura antropológica muy relacionada con la personalidad *borderline* que tanto ha proliferado y que tan en relación está con la época cultural que vivimos en Occidente. Este tipo antropológico se caracterizaría por una sensorialidad extrema con una intensificación de la experiencia y de las relaciones en las que aspirarían a una fusión con el otro permanentemente frustrada por la demanda de excesos y que conduce irremediablemente a un sentimiento de insatisfacción y vacío que viviría como abandono (real o imaginario). La ruptura depresiva estaría caracterizada por la incoherencia interna y la sensación de vacío, por la sensación de inautenticidad en las relaciones, con sentimientos de abandono y con una vivencia del otro frecuentemente persecutoria (Stanghellini, 2023b).

Respecto al *homo melancholicus* poco más cabe decir de lo reseñado en el apartado anterior al hablar de Tellenbach en el cual se basa. Se caracteriza por su normatividad, su buen ajuste social y su conformismo, con un elevado sentido del deber, una tendencia al orden (fijación en torno a la armonía en las relaciones interpersonales y necesidad de evitación de conflictos), la hipernomia (adaptación rígida a la norma) y la heteronomía (elevada sensibilidad a la norma establecida externamente). La situación límite pre-depresiva suele caracterizarse por un incremento constante de las tareas fijas que sobrepasa su capacidad de preservar un determinado orden o control. En estas situaciones, no son capaces de establecer una jerarquía de prioridades, quedan atrás en sus compromisos y se sienten incapaces por ello. Su ruptura depresiva se caracteriza por la experiencia de pérdida, de culpa, de ruina o de enfermedad.

El estilo de existencia de *homo neuroticus* está subyugado al imperativo moral de la prohibición y la imposibilidad. Se trataría de individuos inseguros, llamados a hacer de sí mismos lo que se supone que deben ser, les faltaría el valor para decidir. Eso es lo que le asusta: su libertad, pese a limitada, de realizarse a sí mismos, de cumplir con su destino. La neurosis es la huida de la propia libertad. Su situación pre-depresiva es el conflicto: enfrentar la necesidad de elegir una alternativa que genera ansiedad. El resultado de su incapacidad para elegir son el desánimo, la frustración y la desmoralización. Típicamente



se presenta la depresión como cronificada, con síntomas más atenuados (subdepresivos), pero no menos perniciosos, ya que amenazan con quebrantar toda la existencia.

En resumen, podemos decir que el trabajo de Stanghellini en este ámbito nos provee de una tipología útil para la práctica psiquiátrica que nos permite escapar de la homogeneización de la experiencia depresiva bajo el rótulo de depresión. Asimismo, se trata de una tipología fundada a partir de los fenómenos dados intuitivamente en los encuentros con pacientes depresivos y que podríamos tildar de "empírico-fenomenológica" siguiendo la propia autodenominación que realiza Tellenbach de su propio estudio sobre la melancolía, en tanto parte de la experiencia de los pacientes visitados y los fenómenos son considerados a partir de la relación de compromiso que establece el sujeto consigo y con su mundo, y elaborados en una reflexión psicopatológica mediada por conceptos destilados cultural e históricamente a partir de la propia práctica y los límites a los que conduce la misma.

5. Conclusiones

El modelo médico del signo se ha revelado insuficiente en el ámbito de la psiquiatría por las particularidades del campo que aborda. La psicopatología, como actividad reflexiva que busca la inteligibilidad y comprensión de la experiencia y el comportamiento anormales, precisa de una metodología plural que excede el ámbito de lo médico, fundamentalmente somático. En este sentido, la fenomenología provee una metodología y una conceptualización que permite comprender aspectos fundamentales del ser humano e ineludibles para nuestra práctica. Después de la década del cerebro de los años 90, se observa un repunte de la aproximación fenomenológica en psiquiatría y un énfasis en el carácter hermenéutico de la propia reflexión psicopatológica.

En este trabajo, hemos delineado los inicios de la psiquiatría fenomenológica y hemos revisado algunos trabajos relevantes sobre la experiencia depresiva patológica, es decir, la que ha recalado habitualmente en el campo de la psiquiatría conceptualizada como melancolía. Estos trabajos tienen todos ellos la aspiración de aprehender al individuo como totalidad y, a partir del encuentro dialógico, captar intuitivamente los fenómenos esenciales de la enfermedad melancólica. Unos trabajos que, partiendo de una



aproximación antropológica y contribuyendo a reelaborarla, han destilado conceptos psicopatológicos que ayudan a comprender la experiencia melancólica y su desarrollo.

Sin embargo, la depresión es un término que, si bien engloba una serie de fenómenos comunes, abarca una heterogeneidad de manifestaciones que conviene tener en cuenta para comprender y abordar terapéuticamente de forma singular. Para ello, hemos revisado algunos trabajos recientes que establecen una tipología desde una perspectiva fenomenológico-estructural que permite ir más allá de las manifestaciones sintomáticas para dirigir la mirada a la persona, como totalidad con la que tratamos en el encuentro clínico, a la forma de subjetivar la experiencia de la misma y a su forma de inserción y de habitar el mundo, señalando también las situaciones de vulnerabilidad y las formas expresivas de la depresión en cada forma típica identificada.

Bibliografía

Ambrosini et al. El Typus melancholicus de Tellenbach en la actualidad: una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;2011(5):302-311.

Binswanger L. (1972). *Tres formas de la existencia frustrada: Exaltación, excentricidad, manierismo*. Amorrortu editores.

Binswanger L. (2003). *Sulla fuga delle idee*. Einaudi.

Binswanger L. (2015). *Melanconia e mania. Studi fenomenologici*. Ed. Bollati Boringhieri.

Binswanger L. (1997). *Delirio. Antropoanalisi e fenomenología*. Marsilia.

Jaspers, K. (2014). *Psicopatología General*. Fondo de Cultura Económica.

Minkowski E. (2008). *El tiempo vivido*. Fondo de Cultura Económica.

Molaro, A. & Stanghellini, G. (2020). *Storia della fenomenología. Le orogini, gli sviluppi, la scuola italiana*. De Agostino Scuola SpA.

Parker, G. (2005). Beyond major depression. *Psychological Medicine*, 35, 467–474.



- Ramos, P. (1988). *La experiencia psiquiátrica. Un estudio hermenéutico*. Tesis no publicada.
- Ramos, P. (1999). Personalidad y endogenidad en psicopatología. *Actas Españolas Psiquiatría*, 27(3), 167-175.
- Ramos, P. (2006). Intencionalidad y antipsicologismo. Permanencia y trasgresión en la psiquiatría fenomenológica. *Monografías de psiquiatría*, 18(1).
- Rejón. C. (2016). *Concepción de la psicopatología como lógica: Un ensayo de Teoría de la Psiquiatría*. UAM Ediciones.
- Rossi-Monti, M. & Stanghellini, G. (1996). Psychopathology: an edgeless razor? *Compr Psychiatry*. 37(3), 196-204.
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica*. Editorial Triacastela.
- Spiegelberg, H. (1972). *Phenomenology in psychology and psychiatry*. Northwestern University Press.
- Stanghellini, G (2023). The Power of Images and the Logics of Discovery in Psychiatric Care. *Brain Sciences* 13, no. 1: 13.
- Stanghellini, G. (2010). A hermeneutic framework for psychopathology. *Psychopathology*, 56 (3), 319-326.
- Stanghellini, G. (2023a). Homo œconomicus: A Key for Understanding Late Modernity Narcissism?. *Psychopathology*. 56(3), 173-182.
- Stanghellini, G. (2023b). Homo dissipans: Excess and Expenditure as Keys for Understanding the Borderline Condition? *Psychopathology*. 56(6), 478-491.
- Stanghellini, G. (2023c). The heterogeneity of depressions: A phenomenological viewpoint. *European Psychiatry*, 66(1), e32, 1–3
- Tatossian, A. (2003). *La fenomenologia delle psicosi*. Giovanni Fioriti Editore.
- Tellenbach, H. (1976). *La melancolia. Visión histórica del problema: endogenidad, tipología, patogenia y clínica*. Ed. Morata.



Tellenbach, H. (1969). *Estudios sobre la patogénesis de las perturbaciones psíquicas*. Fondo de Cultura Económica.

Urfer, A. (2001). Phenomenology and Psychopathology of Schizophrenia: The Views of Eugene Minkowski. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8 (4), 279-289.

Vallejo, J., & Gastó, C. (1999). *Trastornos afectivos, ansiedad y depresión*. Ed. Masson.



AUTORES⁴

Laia Ferrer

Soc Psicòloga Clínica Especialista i Psicoterapeuta, i des de 2005 he treballat en serveis comunitaris públics de salut mental infanto-juvenil de la Fundació Vidal i Barraquer: el Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Santa Coloma de Gramenet, l'Equip Clínic d'Intervenció a Domicili (ECID) de Santa Coloma de Gramenet i Badalona i l'Equip Guia de Barcelonès Nord i Maresme, servei on treballo actualment i del qual en soc la coordinadora.

Pablo Feito

Nací en el Principado de Asturias el 12 de noviembre de 1989. En dicha comunidad autónoma completé mi formación académica hasta la fecha, obteniendo el título de Licenciado en Psicología por la Universidad de Oviedo en 2012. Acabada la carrera decidí opositar para iniciar el proceso hacia la especialidad en Psicología Clínica, en 2015 aprobé la oposición con plaza para hacer la residencia en Psicología Clínica en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Comunidad de Madrid). De mayo de 2015 a mayo de 2019 me formé como Psicólogo Interno Residente y en junio de 2019, ya como Especialista en Psicología Clínica, cambio de ciudad en busca de nuevas experiencias. Es por ello por lo que me traslado a Barcelona y trabajo como Psicólogo Clínico en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Mútua Terrassa, hasta marzo de 2020, en el inicio de la pandemia, cuando comienzo mi trabajo en el Hospital de Día de adultos Còrsega en Barcelona (Fundació CPB Serveis de Salut Mental), lugar en el que sigo en la actualidad. Es en Barcelona donde también finalizo mi formación como Terapeuta Familiar Sistémico y como Grupoanalista.

Isabel E. González Gil. Psiquiatra. CSMA La Mina. Institut de Salut Mental de l'Hospital del Mar.

Valentina Bruno

Psiquiatra, psicoterapeuta. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Università degli Studi di Brescia (Italia). Especializada en Psiquiatra por el Hospital Benito Menni CASM (Barcelona), ejerciendo en el equipo clínico de intervención a domicilio de Badalona (Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona), desde 2017, especializada en

⁴ Por orden de aparición.



infanto-juvenil. Master en Psicoterapia psicoanalítica Universitat Ramon Llull. Miembro del equipo editorial de la revista AEN. Miembro del grupo de investigación GREMAIP de la Universitat Ramon Llull. Doctoranda en psicología en el grupo de investigación Familia y pareja de la Universitat Ramon Llull.

Marta Montaner

Graduada Universitaria en Enfermería EUI Santa Madrona UB. Master en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría EUI Sant Pau UAB. Master en Psicoterapia de Grupo y Psicodrama por la IL3UB. Ejerció durante 10 años como enfermera de Salud Mental en el CSMA de Sants de Pere Claver, llevando a cabo grupos psicoterapéuticos de distintos formatos. Actualmente enfermera de Salud Mental del ECID Badalona (Equipo Clínico de Intervención a Domicilio) de la Fundacion Vidal i Barraquer. Formadora acreditada del modelo AMBIT Multi-Team Training del Anna Freud Center.

Fernando Gilabert

Cádiz, 1983. Doctor en Filosofía por la Universidad de Sevilla, donde también se licencia y cursa dos másteres en filosofía y en sexología, así como dos cursos de Experto Universitario. Miembro del Grupo de Investigación *Filosofía aplicada: sujeto, sufrimiento, sociedad* (Cód. PAIDI: HUM-018). Editor de *Differenz. Revista internacional de estudios heideggerianos y sus derivas contemporáneas* y secretario del Archivo Heidegger de Sevilla (Delegación del Messkirch-M. Heideggers-Archiv). Ha formado parte del proyecto de investigación de I+D+i del Ministerio de Universidades *Dinámicas del cuidado y lo inquietante. Figuras de lo inquietante en el debate fenomenológico contemporáneo y las posibilidades de una orientación filosófica. Configuración teórica y metodológica*. Actualmente es beneficiario de una *Ayuda del sistema de recualificación del sistema universitario español. Modalidad A. Ayudas Margarita Salas para la formación de jóvenes doctores (2022-2024)*. Gracias a esa ayuda ha podido realizar una estancia de dos años en el Dpto. de Filosofía de la Universidad de Málaga, y este tercer año ha regresado a la Universidad de Sevilla dentro del mismo programa de ayudas.

Isabel González

Psiquiatra. CSMA La Mina. Institut de Salut Mental de l'Hospital del Mar. Mi pasión por la psiquiatría es una herencia familiar, como también lo es el más profundo interés en la medicina, pero mi elección de la especialidad fue asumiendo, que los conocimientos científicos de base biológica, si bien fundamentales, no bastan para entender el sufrimiento humano en sus diversas vertientes. En el caso de esta especialidad, considero que una formación holística y una actitud humilde y prudente por parte del profesional son claves en el abordaje de los pacientes. Así, mi enfoque formativo ha sido lo más ecléctico posible. Realicé la residencia en el Parc de Salut Mar de BCN del 2017-2021, periodo en el que pude participar en algunos pósters



científicos, si bien nunca he realizado una comunicación oral. De entre los cursos de mayor utilidad para mí realizados durante ese periodo destaco el curso de Psicopatología Clínica e Intervención Comunitaria (AEN) y su edición ampliada. Actualmente trabajo a nivel ambulatorio en el ámbito público (CSMA La Mina) y realizo guardias de urgencias en mi especialidad. También desempeño mi actividad profesional a nivel ambulatorio en el ámbito privado en Barcelona. Paralelamente estoy cursando el Máster de Especialización en Psicoterapia Perspectiva integradora (UAH) en Madrid, que finalizo a mediados de 2024.

Patricia Álvaro

Psiquiatra en Fundació CPB Serveis de Salut Mental.

José M. López-Santín

Psiquiatra. CSMA Santa Coloma. Institut de Salut Mental de l'Hospital del Mar.

Editado
en Barcelona
en octubre de 2024.

Aporia 

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

 **Sant Pere Claver**®
INSTITUT DOCENT-RECERCA